DSDEN de la Manche - Circonscription de MORTAIN

dsden50-ienmor@ac-normandie.fr

Sollicitation du Pôle Ressource

A renseigner par l’enseignant(e) et / ou le conseil de cycle

**IMPORTANT**: Les parents de l’élève sont informés de la rédaction de ce document et l’instance du pôle ressource est expliquée.

Année scolaire 20      / 20      Date de la demande :

Nom et prénom de l’élève :       Date de naissance :

École fréquentée :       Cycle :       / Classe :

Nom(s) du ou des enseignants :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom, prénom, adresse et n° de téléphone de chaque représentant légal | | |
| Parents | | Autre responsable légal |
|  |  |  |

**Motif(s) de la demande :**

|  |
| --- |
|  |

**Cursus antérieur depuis le début de la scolarisation :**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 20.. / 20.. | 20.. / 20.. | 20.. / 20.. | 20.. / 20.. | 20.. / 20.. | 20.. / 20.. |
| **Niveau** |  |  |  |  |  |  |
| **École** |  |  |  |  |  |  |
| **PPRE** (oui/non) |  |  |  |  |  |  |
| **Équipe éducative** |  |  |  |  |  |  |
| **RASED**  (psychologue, maître E) |  |  |  |  |  |  |
| **Bilan psychologique** |  |  |  |  |  |  |
| **Proposition de parcours de scolarisation :**  demande MDA,ULIS, …  (acceptée/refusée) |  |  |  |  |  |  |
| **Suivi(s) extérieur(s)** (psychologique/ Psychomotricité / Orthophonie /…). |  |  |  |  |  |  |
| **Autres** |  |  |  |  |  |  |

\* psychologue, orthophoniste, ergothérapeute, psychomotricien.ne, etc. *avec les noms des professionnels lorsque vous les connaissez.*

*\*\* CAMSP, CMP/CMPEA, CMPP, SESSAD, libérale, etc.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dispositif(s) existant(s)** | **date** | **Précisions** |
| P.A.I (Projet d’Accueil Individualisé) |  |  |
| P.A.P (Plan d’Accompagnement Personnalisé) |  |  |
| P.P.S (Projet Personnalisé de Scolarisation) |  |  |
| Dossier MDPH / MDA en cours (GEVA-Sco effectué) |  |  |
| Reconnaissance de handicap et notification avec compensation : |  | matérielle  humaine |
| Reconnaissance de handicap et compensation : |  | effective  en attente depuis le : ……………… |
| Mesure éducative (AEA\* – AEMO - IP …) |  |  |
| Suivi médical ou paramédical externe à l’école (psychologique/ Psychomotricité / Orthophonie /…). |  |  |
| Temps périscolaire (APC ou autre) |  |  |

**Description des difficultés rencontrées**

|  |  |
| --- | --- |
| pour l’élève : | pour l’équipe enseignante et éducative : |
|  |  |

**Description de ce qui a été mis en place pour améliorer la situation**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nature** | **Date(s)** |
| Communication avec les parents |  |
| Réflexion en conseil de maîtres |  |
| E.S.S. |  |
| Sollicitation du médecin scolaire |  |
| Sollicitation du service social en faveur des élèves (IP ou autre) |  |

|  |
| --- |
| **Commentaires (si besoin)** |
|  |