**Fiche « SOLLICITATION POLE RESSOURCE »**



**Fiche à transmettre par mail :**

**CE.0931047h@ac-creteil.fr**

(Document réalisé par le groupe de travail « POLE RESSOURCE » 2016/2017)

**Demande d’aide pour**

**↓**

**Elève □ Enseignant □ Ecole□ Directeur □**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ecole →** |  | |
| **Date de la sollicitation →** |  | |
| **① SITUATION ELEVE** | | |
| **Nom de l’élève →** |  | |
| **Prénom de l’élève →** |  | |
| **Date de naissance →** |  | |
| **Classe →** |  | |
| **Nom de l’enseignant →** |  | |
| **Téléphone famille →** |  | |
| **Parcours scolaire →** | |  |  | | --- | --- | | Ecoles fréquentées depuis PS | Maternelle **→** | | Elémentaire**→** | | Maintien | ○ Non  ○ Oui Classe **→** | | UPE2A | Années **→** | | ULIS | Années **→** | | |
| **Périscolaire →** | Cantine **→** ○ Oui ○ Non  Etude **→** ○ Oui ○ Non  NAP **→** ○ Oui ○ Non | |
| **Suivis extérieurs**  **↓** | | |
| **Structures** | | **Date début de prise en charge + périodes ou activités proposées** |
| **C**entre **M**édico-**P**sychologique (**CMP**) | ○ |  | |
| **C**entre **M**édico-**P**sycho-**P**édagogique (**CMPP**) | ○ |  | |
| Orthophoniste | ○ |  | |
| Psychologue | ○ |  | |
| **S**ervice d’**E**ducation **S**péciale et de **S**oins **à** **D**omicile (**SESSAD**) | ○ |  | |
| **I**nstitut **M**édico-**E**ducatif (**IME**) | ○ |  | |
| **C**entre d’**A**ction **M**édico-**S**ociale **P**récoce  (**CAMPS**) | ○ |  | |
| **S**ervice d’**A**ction en **M**ilieu **O**uvert (**AEMO**) | ○ |  | |
| **T**echnicien d’**I**ntervention **S**ociale et **F**amiliale  (**TISF**) | ○ |  | |
| **P**rogramme de **R**éussite **E**ducative  (**PRE**) | ○ |  | |
| Autre(s) à préciser → | |  |
| **Suivis internes**  **↓** | | |
| **Dispositifs** | | **Année(s) et classe(s)** |
| **RASED →** | | **○** Psychologue :  ○ Maitre E :  ○ Maitre G : |
| **Besoins**  **particuliers →** | | **○** REE  ○ PAP  ○ PPS  ○ APC |
| **Rencontre**  **avec la Famille →** | | **○** Enseignant  ○ Directeur  **○** RASED  ○ CASEH/Référent Handicap  ○ Médecin scolaire, Infirmière |
| **Résultats des rencontres :**  **Autres informations/famille**(*Relation avec l’école, l’enfant au sein de la famille…) :* | | |
|  |  | |
| **Eléments d’évaluations des difficultés persistantes perturbant les apprentissages ou le climat scolaire** | | |
| **Au niveau des apprentissages scolaires →** |  | |
| **Au niveau du comportement →**  *(Attention, autonomie, confiance en soi, rapport aux autres …)* |  | |
| **Autres difficultés →** |  | |

**Joindre à la fiche sollicitation : PPRE / PPS / PAP/ Signalement et IP/ Compte-rendu REE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **② SITUATION ADULTE**  **(Enseignant, Directeur, AVS…)** | | |
| **Difficulté(s) persistante(s)**  **↓** | **Régulation(s) effectuée(s)**  **↓** | **Résultat(s)**  **↓** |
|  |  |  |
| **Aide(s) demandée(s) au pôle ressource**  **↓** | | |
|  | | |