|  |
| --- |
| **DEMANDE D’INTERVENTION DE LA CAS-EBEP****Conseillère d’Aide à la Scolarisation des Elèves à Besoins Educatifs Particuliers** |

|  |  |
| --- | --- |
| Ecole (Nom):  ........... | Date : Cliquez ici pour entrer une date. |
| NOM Prénom de l’élève : ........... |
| Date de naissance : Cliquez ici pour entrer une date. | Sexe : [ ] F [ ] M |
| Niveau de classe :  |
| **Origine de la demande :** |
| Fonction : (Nom, Prénom)[ ]  Enseignant(e) : ........... [ ]  Directeur(trice) : ...........[ ]  AESH : ........... [ ]  Autre : ........... |
| **L’élève bénéficie-t-il :** |
| ⇨d’un dossier MDPH ? | [ ] oui [ ] non |
| ⇨d’une prise en charge au sein de l’école ? | [ ] oui [ ] non  |
| si oui, de quel type ? : ........... |
| ⇨d’une prise en charge extérieure ? | [ ] oui [ ] non  |
| si oui, de quel type ? : ........... |
| ⇨la psychologue scolaire connaît-elle l’élève ? | [ ] oui [ ] non |
| ⇨l’infirmière/la médecine scolaire connaît-elle l’élève ? [ ] oui [ ] non |
| -**réussites observées** : ........... |
| -**difficultés observées** : ...........**Qu’attendez de la visite de la CAS-EBEP ?**[ ]  aide à l’observation et l’analyse des besoins de l’élève [ ]  aide à la mise en place d’adaptations pédagogiques |
| La famille a-t-elle été informée de cette demande ? | [ ] oui [ ] non |
|  |
| **Autre(s) remarque(s) :** ........... |
| Document à retourner à sihem.lajnef@ac-creteil.frversion 2022 Merci |