|  |
| --- |
| **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.fr](mailto:sihem.lajnef@ac-creteil.fr)  version 2022 Merci | | | | |