

**DEMANDE D’INTERVENTION**

**AU SERVICE DE PSYCHOLOGIE**

**Relevant d’une éventuelle orientation**

**A faire parvenir au service avant le 18 octobre 2018**

**Annexe 1**

**Types d’orientations envisagées** :

|  |
| --- |
| EGPA (SEGPA+EREA)  SESSAD (SAAAIS, SSEFIS, SSESD)  IME  Dispositif ITEP  ULIS-collège, ULIS-lycée  **Demande devant arriver au service avant le 18 octobre 2018** |

**Ces demandes seront traitées par le service de façon prioritaire**

**Psychologue du secteur**  :  Alain Le Boutouiller  Aurélie Bégaud  Laurence Guigné  Elisa Cossais

Brigitte Le Normand  Karine Rochard  Magali Rivière  Amélie Hirardot  Gaëlle Boissinot

|  |
| --- |
|  |

❶ **Coordonnées établissement/téléphone :**

|  |
| --- |
|  |

❷ **Enfant concerné** : **(remplir imperativement toutes les rubriques)**

**NOM :** **Prénom**:  **Sexe** : F  M

Date de naissance : Classe :

A redoublé  :  OUI 🡲 la classe de   NON

L’enfant a-t-il un dossier MDPH ?  OUI  NON

🠚 Pour la rubrique ci-dessous : **si le** **lieu d’habitation des parents n’est pas le même**

**préciser les adresses des deux parents** **(OBLIGATOIRE)**

**Père**: **NOM** et **Prénom** : Profession :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Domicile : Portable :

**Mère : NOM** et **Prénom :** Profession :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Domicile : Portable :

**Situation familiale :** marié pacsé divorcé  séparé  vie maritale veuf/veuve  célibataire

❸ **Observations sur le jeune :**

🞸 Parcours scolaire

🞸 Observations scolaires, relationnelles, comportementales….

🞸 Autres observations

❹ **Les aides déjà mises en place au collège et/ou à l’extérieur :**

🞸 Au collège

⮡ Points d’insistance sur lesquels a porté le projet d’aide (PPRE, PAP…)

🞸 A l’extérieur (facultatif)

|  |
| --- |
| **❺ Le jeune a-t-il déjà été vu par le service** **:**  OUI 🡲 année scolaire : classe :  NON |

❻ **Qu’est-ce qui vous amène à faire ensemble (établissement/famille) la démarche vers le psychologue ? *(obligatoire)***

|  |  |
| --- | --- |
| ❽ **Rencontre « établissement / famille » :** Personnes présentes | |
| **NOM** | **Fonction** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Date :**

**Signature du Chef d’établissement : Signature de la mère :**

(Obligatoire)

**Signature du professeur principal : Signature du père :**

(Obligatoire)

**Joindre impérativement à cette demande la fiche de renseignements scolaires dûment complétée.**

**PAGE RESERVEE AU SERVICE DE PSYCHOLOGIE**

**NE RIEN INSCRIRE SUR CETTE FEUILLE**

|  |
| --- |
| **Psychologue :** |
| **Secrétaire :** |