

**Annexe 1**

**2020/2021**

**DEMANDE D’INTERVENTION**

**AU SERVICE DE PSYCHOLOGIE**

**Relevant d’une éventuelle orientation**

**A faire parvenir au service avant le 15 octobre 2020**

**Types d’orientations envisagées** :

|  |
| --- |
| [ ]  EGPA (SEGPA+EREA) [ ]  SESSAD (SAAAIS, SSEFIS, SSESD) [ ]  IME [ ]  ULIS-école [ ]  ULIS-collège, ULIS-lycée [ ]  Dispositif ITEP **Demande devant arriver au service avant le 15 octobre 2020** |

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

**Psychologue du secteur**  : [ ]  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

**1.**

**2.**

**3.**

**4**

Frères et sœurs de l’enfant : NOM et Prénom

🠚 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 :  E-mail :

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

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone domicile : Portable :  E-mail :

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

❸ **Observations sur l’enfant :**

🞸 Parcours scolaire

🞸 Observations scolaires, relationnelles, comportementales….

🞸 Autres observations

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

🞸 A l’école

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

🞸 A l’extérieur (facultatif)

**⇨ Nous, parents, acceptons que la psychologue contacte les spécialistes :** [ ]  **oui** [ ]  **non**

|  |
| --- |
| **❺ L’enfant 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 de la rencontre :**

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

(Obligatoire)

**Signature de l’enseignant : Signature du père :**

(Obligatoire)

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