

Retour de la demande au secrétariat au plus tard le **21 octobre 2022**

à isabelle.vrignaud@ddec85

**DEMANDE D’INTERVENTION**

**AU SERVICE DE PSYCHOLOGIE**

**Relevant d’une éventuelle orientation**

**Types d’orientations envisagées** :

|  |
| --- |
| [ ]  SEGPA [ ]  SESSAD (SAAAIS, SSEFIS, SSESD) [ ]  IME [ ]  ULIS-école [ ]  ULIS-collège [ ]  Dispositif ITEP  |

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

**Psychologue du secteur** :

 [ ]  Aurélie Bégaud [ ]  Laurence Guigné [ ]  Elisa Cossais [ ]  Justine Rabouam [ ]  Gaëlle Boissinot

 [ ]  Brigitte Le Normand [ ]  Karine Rochard [ ]  Magali Rivière [ ]

**Coordonnées de l’établissement** :

**Enfant concerné** :

|  |  |
| --- | --- |
| NOM |  |
| Prénom |  |
| Sexe | □ Féminin □ Masculin |
| Date de naissance |  |
| Classe |  |
| A redoublé | [ ]  Oui 🡪 la classe de : [ ]  Non |
| Dossier MDPH | [ ]  Oui [ ]  Non |

**Frères et sœurs de l’enfant**:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOM | Prénom | Date de naissance |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Coordonnées des représentants légaux** :

|  |  |
| --- | --- |
| Responsables légaux | Autre representant légal |
| □ Mme/ □ M. :N° et Rue : CP :Ville :Tel :Courriel :Situation familiale : | □ Mme/ □ M. :N° et Rue :CP :Ville :Tel :Courriel :Situation familiale : | □ Mme/ □ M. :N° et Rue :CP :Ville :Tel :Courriel :Situation familiale : |

**Autres :**

|  |  |
| --- | --- |
| Assistant familial | Référent Aide Sociale à l’Enfance |
| □ Mme/ □ M. :N° et Rue :CP :Ville :Tel :Courriel : | □ Mme/ □ M. :N° et Rue :CP :Ville :Tel :Courriel : |

**Observations sur l’enfant :**

🞸 Parcours scolaire

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Année | Ecole | Classe |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

\* Fréquentation scolaire régulière : oui □ non 🞎

🞸 Observations scolaires, relationnelles, comportementales….

🞸 Autres observations

**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, PAP, décloisonnement, RA…)

🞸 A l’extérieur (facultatif)

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

|  |
| --- |
| **L’enfant a-t-il déjà été vu par le service** **:** [ ] OUI 🡲 année scolaire : classe :  [ ] NON |

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

**Rencontre « établissement / famille » :** Personnes présentes

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM - Prénom** | **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.**