

**DEMANDE D’INTERVENTION AU SERVICE DE PSYCHOLOGIE**

***Pour les élèves dont les difficultés de socialisation et/ou d’apprentissage perdurent malgré les aides mises en place***

**Demande devant arriver au service au plus tard le 9 mars 2023**

**JANVIER à JUIN 2023**

*Au cours de leur scolarité, les enfants peuvent, à un moment donné, présenter d’éventuelles difficultés dans les apprentissages scolaires, dans l’adaptation à l’école, dans leurs relations à autrui…*

*Les enseignants sont soucieux de la réussite de tous les élèves. Pour autant, les parents sont investis d’un rôle capital dans l’éducation de leur enfant. C’est ce qui amène le service de psychologie à souhaiter que la demande d’intervention soit formulée conjointement par la famille et l’établissement scolaire, au cours d’une rencontre****.***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Psychologue du secteur** :  Aurélie Bégaud  Laurence Guigné  Elisa Cossais  Justine Rabouam  Autre psychologue  Brigitte Le Normand  Karine Rochard  Magali Rivière  Gaëlle Boissinot  **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 :  Profession : | □ Mme/ □ M. :  N° et Rue :  CP :  Ville :  Tel :  Courriel :  Situation familiale :  Profession : | □ Mme/ □ M. :  N° et Rue :  CP :  Ville :  Tel :  Courriel :  Situation familiale :  Profession : |   **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 : | | | |
| **Evolution actuelle**  🞸 Sur le plan des apprentissages scolaires :  🞸Sur le plan comportemental :  🞸 Vis-à-vis de ses pairs :  🞸 Vis-à-vis des adultes :  🞸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, décloisonnement, RA…)

🞸 A l’extérieur (facultatif) :

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

**🞸 Parcours scolaire** :

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

### Souhaitez-vous pour cet élève une prise en charge particulière ? (psychologique, orthophonique, psychomotricité, neurologique….).

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

|  |  |
| --- | --- |
| **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.**

**Toute demande en version informatisée doit être IMPERATIVEMENT envoyée**

**sur LA BOITE MAIL DU SECRETARIAT et *non au psychologue***