

**Inspection de l’Éducation Nationale**

 **Circonscription de Guise**



 **DEMANDE D’INTERVENTION DU PSYCHOLOGUE DE L’ÉDUCATION NATIONALE**

|  |
| --- |
| **Renseignements concernant l'enfant** |
| **Nom et prénom de l’élève :…………………………………….... M**  **F**  **Date de naissance : / /**École :…………………………………….. Classe :……………….Enseignant :……………………………………Fratrie : L’élève a déjà rencontré le/la PsyEN : OUI / NON**Cursus scolaire**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| classe | TPS | PS | MS | GS | CP | CE1 | CE2 | CM1 | CM2 |
| année |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| école |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| **MOTIF DE LA DEMANDE A RENSEIGNER PAR L’ENSEIGNANT** (détaillez la nature des difficultés) |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………………………………………………………... |
| Dispositif(s) mis en place : □ APC □ PPRE □ PAP □ Stage de Réussite □ RASED (ES-ADP) □ RASED (ES-ADR) |

|  |
| --- |
| **AUTORISATION A RENSEIGNER PAR LES REPRÉSENTANTS LÉGAUX** |
| **PARENT 1** | **PARENT 2** |
| Je soussigné(e)Nom – Prénom : ……………………………........………………………………………….…............. Adresse : ………………………………………………………………………………………………..... Téléphone : ………………...…………….AUTORISE (1) N'AUTORISE PAS (1)(1) *rayer la mention inutile*.Mme / M.………….., psychologue de l’éducation nationale **à réaliser un bilan avec mon enfant**. Cette présente autorisation est valable pour l'année scolaire 2024 / 2025.A................................... le ...................................Signature : | Je soussigné(e)Nom – Prénom : ……………………………........………………………………………….…............. Adresse : …………………………………………………………………………………………………..... Téléphone : ………………...…………….AUTORISE (1) N'AUTORISE PAS (1)(1) *rayer la mention inutile*.Mme / M.………….., psychologue de l’éducation nationale **à réaliser un bilan avec mon enfant**. Cette présente autorisation est valable pour l'année scolaire 2024 / 2025.A................................... le ...................................Signature : |
|  | **Entretien avec la famille** |
|  | Date : ……………………….. |
|  | Bref compte-rendu : ……………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………………………………………………………... |
|  | **Suivis extérieurs** (précisez si en attente) |
|  | □ CMP □ orthophonie □ CAMSP □ CMPP □ médecin spécialiste □ psychomotricité □ ergothérapie □ SESSAD □ autre |

 **Date et signatures :**

|  |  |
| --- | --- |
| L'enseignant : | Le, la directeur(trice) de l'école : |