

**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 : |