



**ACADÉMIE
DE MAYOTTE**

Liberté
Égalité
Fraternité

FICHE DE DEMANDE D'INTERVENTION DU RASED DE TSINGONI

(Réseau d'Aides Spécialisées aux Élèves en Difficulté)
Ce document est nécessaire à l'intervention du RASED

**Il est nécessaire d'informer la famille des difficultés rencontrées par l'enfant,
avant toute demande d'intervention du RASED.**

ÉLÈVE - FAMILLE - ÉTABLISSEMENT			
NOM :			
Prénom :			
Date de naissance :		Sexe :	<input type="radio"/> M
			<input type="radio"/> F
Lieu de naissance :			
Langue maternelle :			
Responsable légal :			
Établissement scolaire :			
Classe :			
Enseignant :			

DEMANDE DE :	
NOM :	
Prénom :	
Date :	
Mail :	
Téléphone :	
Rôle / fonction	<input type="radio"/> Famille <input type="radio"/> Enseignant <input type="radio"/> Autres : <input type="text"/> <small>(ATSEM, UPE2A, directeur...)</small>

	PARCOURS SCOLAIRE DE L'ÉLÈVE									
Premier niveau de scolarisation	<input type="checkbox"/> PS	<input type="checkbox"/> MS	<input type="checkbox"/> GS	<input type="checkbox"/> CP	<input type="checkbox"/> CE1	<input type="checkbox"/> CE2	<input type="checkbox"/> CM1	<input type="checkbox"/> CM2	<input type="checkbox"/> ?	
Si maintien, quel niveau ?	<input type="checkbox"/> PS	<input type="checkbox"/> MS	<input type="checkbox"/> GS	<input type="checkbox"/> CP	<input type="checkbox"/> CE1	<input type="checkbox"/> CE2	<input type="checkbox"/> CM1	<input type="checkbox"/> CM2	<input type="checkbox"/> ?	
Si passage anticipé, quel niveau ?	<input type="checkbox"/> PS	<input type="checkbox"/> MS	<input type="checkbox"/> GS	<input type="checkbox"/> CP	<input type="checkbox"/> CE1	<input type="checkbox"/> CE2	<input type="checkbox"/> CM1	<input type="checkbox"/> CM2	<input type="checkbox"/> ?	

	RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES			PRÉCISIONS (Dates, fréquences, motifs, coordonnées...)
	OUI	NON	?	
Primo-arrivant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Absentéisme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aides actuelles ou passées ? (RASED, APC, UPE2A, PAP...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Visite de dépistage par l'infirmier ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Antécédents médicaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prises en charges extérieures, actuelles ou passées ? (CAMSP, CMP, SESSAD, Orthophoniste...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

DESCRIPTION ACTUELLE DE L'ENFANT <i>Précisez la nature des difficultés et des réussites</i>	
Autonomie quotidienne (hygiène, mobilité, orientation dans le temps et l'espace...)	
Acquisitions scolaires (mathématiques, langage oral, écriture, lecture, compréhension...)	Parle-t-il français ? <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Avec difficulté
	Comprend-t-il le français ? <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Avec difficulté
Posture d'élève (participation, autonomie, concentration, motivation, respect des règles de vie...)	
Comportements relationnels (en classe, dans la cour, avec l'adulte...)	
Gestion des émotions et humeur (tristesse, colère, peur, joie...)	
L'enfant a-t-il conscience de ses difficultés et de ses facilités ?	
Les points forts de l'enfant	

PRÉCISIONS DE VOTRE DEMANDE AU RASED

SELON VOUS, QUEL EST LE NIVEAU D'IMPORTANCE DU BESOIN D'AIDE DE L'ENFANT ? <i>(5 étant le niveau le plus élevé)</i>
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

QUELLES SONT VOS ATTENTES ?

LA DIRECTION :	
NOM :	<input type="text"/>
Prénom :	<input type="text"/>
Document établi le :	<input type="text"/>

SIGNATURE DE LA DIRECTION :