



DEMANDE AUPRES DU SERVICE DE PSYCHOLOGIE

Année 2023-2024

Merci de compléter toutes les rubriques du document

(Partie réservée au service) Reçue le : Psy :

ECOLE : LOCALITE :
ENSEIGNANT : TEL :

ENFANT CONCERNE :
NOM : Prénom : Sexe : G F
Date de naissance : Classe : Classe redoublée : Niveau scolaire atteint :

RESPONSABLES LEGAUX :

Parent 1 :	Parent 2 :	AUTRE
NOM, Prénom :	NOM, Prénom :	NOM, Prénom :
Adresse :	Adresse :	Adresse :
Code Postal :	Code Postal :	Code Postal :
Ville :	Ville :	Ville :
Tél :	Tél :	Tél :
Mail :	Mail :	Mail :

Situation familiale :
Mariés Séparés Vie maritale Parent isolé Veuf/veuve
Autorité parentale :
Conjointe Si NON, qui est le responsable légal de l'enfant ?

SITUATION

- Enfant ayant déjà rencontré un psychologue de la DEC Oui Non
- Enfant ayant déjà rencontré un psychologue en dehors de l'école Oui Non
 ↳ Si Oui, merci de préciser la date et le nom du psychologue :
- Enfant ayant déjà motivé l'intervention d'un autre service DEC Oui Non
 ↳ Si Oui, lequel : C h. Mission, ASH, Conseiller Tech Protection mineurs...) ?
- Frère ou sœur déjà rencontré(e) Oui Non

<u>SUIVI(S) EXTERIEUR(S)</u> (Coordonnées des personnes)	suivi :		
	antérieur	en cours	prévu
Orthophoniste :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychomotricien :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médecin :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre (lequel ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OBSERVATIONS ACTUELLES:

• Sur le plan des apprentissages scolaires :

• Sur le plan comportemental :

• Vis-à-vis de ses pairs :

• Vis-à-vis des adultes :

• Autres observations :

AIDES DEJA MISES EN PLACE A L'ECOLE (Rencontre famille, PPRE, RA...)

Qu'est-ce qui vous amène à solliciter ensemble (école/famille) le service de psychologie ?

Est-ce qu'une orientation est questionnée par l'école ? OUI NON

↳ Si oui, préciser :

- Dossier en lien avec la MDPH (Maison départementale des personnes handicapées)

ULIS école ULIS collège Etablissements spécialisés (IME, ITEP...) Service de soins (SESSAD, SSEFIS)

- Orientation en SEGPA

Document complété lors de la rencontre du :

Signature du parent 1 :

Signature du parent 2 :

Signature du Chef d'Etablissement :

Signature de l'enseignant(e) :