|  |
| --- |
| **Demande d’intervention du PtARI BW**  **MATERNELLES** |

***Merci de joindre à cette demande le protocole de l’enfant. Si vous n’avez pas de protocole, vous pouvez choisir le document de demande + protocole du PtARI.***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Formulaire complété le |  | Par : |  |
| Nom de l’enseignant.e |  | | |
| **Préférence de contact pour prévoir la première visite :** | | | |
| Email |  | | |
| Téléphone |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de l’établissement :  Direction : |  |
|  |

1. **Identification de l’élève**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom et prénom : |  | | | | Date de naissance : | | |  |
| Niveau d’étude : | Maternelle | | Année de l’étude : | |  | | | |
| Langue maternelle : |  | Latéralité : | | Droite | | Gauche | Non définie | |
| Mail des parents : |  | | | | | | | |

1. **Parcours scolaire de l’élève**

L’enfant a-t-il changé d’école pendant son parcours ?  Oui  Non

|  |  |
| --- | --- |
| Si oui, précisez : |  |

1. **Besoin(s) spécifique(s) reconnu(s) :**

Les troubles sont identifiés par un (plusieurs) **spécialiste(s)**

Des rapports ont été transmis à l’école (Merci de nous les transmettre, ainsi que le protocole)

L’école n’a reçu aucun bilan.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Difficulté/trouble | Date de diagnostic | Nom et profession du médecin/thérapeute |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Difficultés rencontrées par l’enfant :**

Comportement et organisation (*merci de cocher également les nuances qui concernent l’élève)*

Attention/Concentration déficitaire **Quand ?**  activité trop longue  quand il ne comprend pas

Agitation/impulsivité. **Quand ?**  activité trop longue  quand il ne comprend pas  lors des évaluations  pour répondre et participer.

Extrême lenteur : **A quel moment ?**..........................................................................................

Se décourage et/ou pleure à cause du stress ou de son impuissance face à un travail demandé.

Subit les moqueries des autres enfants, personne ne le veut pour les travaux de groupe.

Entre en conflit régulièrement avec les autres enfants.

Difficulté à gérer ses émotions.

Comportement de l’enfant :  enfant qui se fait oublier  qui prend trop de place

Relations conflictuelles avec l’adulte :  impertinence  peu de respect, …

Désordre important  Oublis fréquents  Matériel perdu

Autre/ précisions : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Dans les apprentissages : *merci de cocher les nuances qui concernent l’élève*

Expression orale :  articulation  vocabulaire  syntaxe  compréhension

Psychomotricité :  graphisme  coloriage  dextérité manuelle

Problèmes praxiques :  habillement  manipulation des outils

Mathématiques :  dénombrement  espace  litanie

Autre : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Le titulaire peut (si lui ou elle le désire) expliquer avec précision les difficultés rencontrées (n’hésitez pas à joindre des documents qui illustrent vos propos) :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Suivi extérieur de l’enfant :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nom** | **Coordonnées** |
| Un professeur particulier |  |  |
| Neuropédiatre |  |  |
| Neuropsychologue |  |  |
| Kinésithérapeute |  |  |
| Psychomotricien |  |  |
| Logopède |  |  |
| Psychologue |  |  |
| Autre |  |  |

1. **Quelles sont précisément vos attentes quant à notre intervention (nous essayerons d'y répondre en fonction des moyens disponibles) ?**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………