|  |
| --- |
| **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) ?**

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

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

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

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

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