



# DEMANDE AUPRES DU SERVICE DE PSYCHOLOGIE

Année 2022-2023

*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 :

### **PERE :**

NOM, Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Tél :

Mail :

### **MERE**

NOM, Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Tél :

Mail :

### **AUTRE**

NOM, Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Tél :

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 ☐

## SUIVI(S) EXTERIEUR(S) (Coordonnées des personnes)

suivi :

antérieur

en cours

prévu

Orthophoniste :

☐

☐

☐

Psychomotricien :

☐

☐

☐

Médecin :

☐

☐

☐

Autre (lequel ?)

☐

☐

☐

**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 père :**

**Signature de la mère :**

**Signature du Chef d'Etablissement :**

**Signature de l'enseignant(e) :**