 ***FICHE DE PRISE DE CONTACT à renvoyer à* **

[**poleepshandicap01@ac-lyon.fr**](mailto:poleepshandicap01@ac-lyon.fr) **Téléphone : 0609525858**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ecole ou Etablissement : | Circonscription : | Nom et Prénom de l’enseignant : | Coordonnées : | Classe : | Date de la demande : |
|  |  |  |  |  |  |
| Nom et prénom de l’élève :  Classe :  Date de naissance : | Portrait/profil de l’élève merci de préciser la nature des difficultés | | | Nature de la compensation | Type d’appareillage  Accessibilité aux équipements sportifs |
| Fonctions motrices | Fonctions sensorielles | Fonctions cognitives |  |  |
|  |  |  |  |
| Aide sollicitée, préciser simplement votre demande, votre besoin : | | | | Programmation d’activités en EPS et/ou activités support | |
| Compte rendu de l’observation | | | |  | |