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

**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’appareillageAccessibilité 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  |