

demande de P.A.P.

année scolaire /

Identité de l'élève

nom

prénom

date de naissance

adresse du responsable légal

.....

école ou établissement fréquenté(e)

.....

.....

téléphone :

Nature des difficultés rencontrées

.....

.....

Mesures déjà mises en place

.....

.....

Coordonnées des spécialistes médicaux ou para-médicaux (ou du service de soins) qui suivent éventuellement l'enfant :

.....

.....

*Identité du demandeur***Nous**, soussignés,☐, responsables légaux de l'élève☐, directeur (trice) de l'élève de l'école ou de l'établissement scolaire

demandons à ce que l'élève puisse bénéficier d'un PAP.

directeur d'école ou chef d'établissement

responsables légaux

date et signature

date et signature

L'élève majeur demande à pouvoir bénéficier d'un PAP.

date et signature

Documents à fournir en appui à la demande☐ descriptif des adaptations pédagogiques déjà mises en œuvre et bilan - document obligatoire -☐ évaluations scolaires récentes - document obligatoire -☐ PPRE (le cas échéant)☐ bilan psychologique incluant un bilan normé (sous enveloppe) - document obligatoire -☐ dernier résultat du dépistage infirmier (sous enveloppe) - document obligatoire -☐ bilans médicaux ou para-médicaux actualisés et mise sous pli cacheté et confidentiel remis par le responsable légal ou l'élève majeur

(le cas échéant)

volet retour

Je, soussigné(e) – nom et prénom du médecin de l'EN -
au vu des difficultés présentées par l'élève
et des éléments transmis

☐ émets un avis favorable à la mise en place d'un PAP.

☐ émets un avis défavorable à la mise en place d'un PAP pour le motif suivant :

.....

☐ sollicite un ou des document(s) complémentaire(s) – à préciser –

.....

☐ autre préconisation

.....

.....

date, signature et cachet
