

Demande de mise en place d'un plan d'accompagnement personnalisé (PAP)

Loi du 08/07/13- Décret 2014-1377 du 18/11/14 - Circulaire n°2015-016 du 22/01/15 - BO N° 5 du 29/01/15

(Document destiné au médecin de l'éducation nationale)

Imprimé à remplir par l'élève majeur ou les représentants légaux

Année 20 /20

<u>Renseignements concernant l'élève :</u>		
Nom et prénom :		
Date de naissance :	Sexe :	
Etablissement :	Classe :	Série :
Nom de l'enseignant (primaire) ou du professeur principal:		
<u>Parents ou représentants légaux :</u>		
Nom (s) :		
Téléphone (s) :		
Courriel :		
Adresse :		

Quelles prises en charge ou bilans ont été effectués ?	
<input type="checkbox"/> Orthophonique, dates :	<input type="checkbox"/> Psychologique, dates :
<input type="checkbox"/> Orthoptique, dates :	<input type="checkbox"/> Psychomoteur, dates :
<input type="checkbox"/> Ergothérapeutique, dates :	<input type="checkbox"/> Psychométrique, dates :
<input type="checkbox"/> Autres, dates :	
Joindre, sous pli cacheté, au médecin de l'Education Nationale une copie des comptes-rendus médicaux et paramédicaux	

A-t-il bénéficié, dans le cadre de ses difficultés d'apprentissages d'un		
PPRE (Programme Personnalisé de Réussite Educative)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
PPS (Projet Personnalisé de Scolarisation)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
PAI (Projet d'Accueil Individualisé)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Si oui, joindre les documents		

Je soussigné(e), madame ou monsieur :

demande la mise en place d'un plan d'accompagnement personnalisé pour mon enfant (nom, prénom) :

Fait à _____, le _____

Signature