****

**Document de demande de**

**Plan d’accompagnement personnalisé (PAP)**

Médecin de l’éducation nationale :

Dr

**Public concerné par le PAP : les élèves présentant des difficultés scolaires sévères et durables ayant pour origine un trouble avéré des apprentissages. (circulaire n° 2015-016 du 22 janvier 2015)**

|  |  |
| --- | --- |
| NOM : PRENOM : Date de naissance : Adresse : Tél : Courriel :  | Dernier établissement fréquenté : Classe actuelle : Nom du professeur principal ou du professeur des écoles :  |

Pièces à fournir pour l’étude du dossier par le médecin de l’éducation nationale :

* Copie sous enveloppe cachetée des bilans, suivis et/ou prises en charges réalisés par des professionnels extérieurs : orthophoniste, orthoptiste, psychologue, psychomotricien/ergothérapeute. Précisez si votre enfant est toujours suivi par l’un de ces professionnels :
* Copie du PPRE, aménagements antérieurs durant la scolarité et /ou pour des examens.
* Bulletins scolaires de l’année précédente
* Le dossier complet devra être adressé ou remis par la famille à l’infirmière scolaire de l’établissement ou au directeur de l’école à l’attention du médecin scolaire.
* L’équipe pédagogique sera sollicitée pour préciser les retentissements sur la scolarité.

|  |  |
| --- | --- |
| Je soussigné (e) : sollicite la mise en place d’un Plan d’Accompagnement Personnalisé (PAP) pour mon enfantDate : Signature du responsable légal (ou de l’élève majeur) | **Avis du médecin de l’éducation nationale****❑ Avis favorable ❑ Avis défavorable****Remarques :**    Date : Signature : |

**En cas d’avis favorable**, le chef d’établissement ou le directeur d’école engagera le professeur principal ou le professeur des écoles ainsi que l’équipe pédagogique à mettre en œuvre le PAP en déclinant les aménagements pédagogiques jugés nécessaires.