

## 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

---