

**Projet d’Accompagnement Personnalisé**

**Demande d’avis médical adressé au médecin de l’éducation nationale**

**En vue de la mise en place du PAP**

**Le directeur d’école ou le chef d’établissement transmettra cette demande au médecin de l’éducation nationale seulement en cas de difficultés scolaires durables.**

Nom du médecin de l’éducation nationale :

………………………………………………..

**Origine de la demande de PAP :**

Proposition du conseil des maîtres ou du conseil de classe : Oui  Non 

Demande de la famille : Oui  Non 

Accord de la famille si proposition du conseil des maîtres ou du conseil de classe :

Oui  Non 

**Identification de l’élève** :

Nom, prénom de l’élève :

……………………………………………………………………………………………………………

Date de naissance : …. / …… / …….

Ecole / Etablissement fréquenté(e) et adresse :

……………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………........

Classe : ………………

**Cet élève présente des difficultés scolaires durables** : oui  non 

Si oui :

Documents ou éléments à fournir : se référer à la procédure

Date et signature du chef d’établissement ou du directeur d’école :