

Demande d'avis pour PAP
(Plan d'Accompagnement Personnalisé)
à l'attention du médecin de l'éducation nationale

Renseignements pédagogiques

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 de l'élève :

PRÉNOM :

CLASSE :

Établissement :

Année scolaire :

- Difficultés rencontrées en dehors de tout aménagement :

Coter de 0 = pas de difficulté à 4 = difficultés majeures

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> En expression orale | <input type="checkbox"/> Pour finir les contrôles dans les délais impartis |
| <input type="checkbox"/> En lecture de textes ou d'énoncés | <input type="checkbox"/> Pour orthographier même les mots courants (erreurs, écriture phonétique) |
| <input type="checkbox"/> En lecture d'images, cartes, figures | <input type="checkbox"/> Pour fournir un travail écrit (fatigabilité, écriture peu ou pas lisible, difficultés en production ou en copie) |
| <input type="checkbox"/> En compréhension du texte lu | <input type="checkbox"/> Manipulation du matériel scolaire (règle, compas...) |
| <input type="checkbox"/> En langue vivante | <input type="checkbox"/> Attention, concentration |
| <input type="checkbox"/> En logique, raisonnement | |
| <input type="checkbox"/> Autres : Préciser | |

- Répercussions sur le parcours scolaire de l'élève :

Faibles Fortes Très fortes

- L'élève bénéficie-t-il d'adaptations en situation d'évaluation : oui non

Si oui, préciser lesquelles :

- Remarques éventuelles de l'équipe éducative :

Documents ou éléments à fournir : se référer à la procédure

Date :
Professeur principal ou professeur des écoles
Nom et signature

Chef d'établissement ou directeur d'école
Nom et signature