

# FORMULAIRE DE DEMANDE DE PLAN D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE (PAP)

(A transmettre par les familles avec les éléments demandés au Centre Médico-scolaire)

Renseignements concernant l'élève
Nom : ..... Prénom : ..... date de naissance : ..... Adresse personnelle : ..... Téléphone : ..... Adresse Mail : ..... Scolarisé(e) à : Nom et adresse de l'Etablissement ..... ..... Classe : .....
Informations sur les difficultés rencontrées par l'élève :
Des mesures particulières sont elles mises en place durant l'année scolaire ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui lesquelles : ..... (Joindre le document) ..... Un PAI « Dys » a-t-il été déjà été établi antérieurement : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, préciser : Année scolaire : ..... Classe : ..... (Joindre le document)
Prises en charge en cours :
* Suivi CMP - UMP- UMPA - <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Type de prise en charge : ----- * Suivi CMPP- CAMSP – GUIDANCE INFANTILE - <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Type de prise en charge : ----- * Orthophoniste : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON                      * Psychomotricité : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Depuis quand et à quel rythme ? : ----- * Traitement médicamenteux en cours : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Préciser lequel : ----- * Autre :
Eléments à joindre à l'envoi de cette demande :
→ Le certificat médical du diagnostic précisant l'absence de trouble neurologique, de trouble de la relation ou de trouble sensoriel sévère (surdité, amblyopie...) (si d�j effectué). → Le compte rendu chiffré du bilan psychométrique (si d�j effectué). → Un devoir écrit de Français ou d'Histoire-Géo fait en classe et corrigé → Le dernier relevé de notes en votre possession → Et selon le diagnostic pour lequel le PAP est demandé : � Un bilan orthophonique récent étalonné et normé pour les dyslexies et les dysphasies à Un bilan psychomoteur et/ou ergothérapique étalonné et normé pour les dyspraxies Tout autre élément en votre possession en rapport avec le diagnostic (bilan orthoptique, bilan centre de référence).

Date :

Signature du ou des représentants légaux :