

## Demande de mise en place d'un plan d'accompagnement personnalisé (PAP)

*Décret 2014-1377 du 18 novembre 2014 - Circulaire n°2015-016 du 22/01/15 – BO N° 5 du 29/01/15*

Imprimé à remplir par l'élève majeur ou les représentants légaux

Année 20 /20

<u>Renseignements concernant l'élève :</u>			
Nom et prénom :			
Date de naissance :		Sexe :	
Etablissement :		Classe :	Série :
Nom de l'enseignant (primaire) ou du professeur principal:			
<u>Parents ou représentants légaux :</u>			
Nom (s) :			
Téléphone (s) :			
Courriel :			
Adresse :			

Quelles prises en charge ou bilans ont été effectués ?	
<input type="checkbox"/> Orthophonique, dates :	<input type="checkbox"/> Psychologique, dates :
<input type="checkbox"/> Orthoptique, dates :	<input type="checkbox"/> Psychomoteur, dates :
<input type="checkbox"/> Ergothérapeutique, dates :	<input type="checkbox"/> Psychométrique, dates :
<input type="checkbox"/> Autres, dates :	
Joindre, sous pli cacheté, au médecin de l'Education Nationale une copie des comptes-rendus médicaux et paramédicaux	

A-t-il bénéficié, dans le cadre de ses difficultés d'apprentissages d'un		
PPRE (Programme Personnalisé de Réussite Educative)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
PPS (Projet Personnalisé de Scolarisation)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
PAI (Projet d'Accueil Individualisé)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Si oui, joindre les documents		

Je soussigné(e), madame ou monsieur :

demande la mise en place d'un plan d'accompagnement personnalisé pour mon enfant (nom, prénom) :

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature

*En fonction des éléments fournis, le médecin de l'Éducation nationale donnera un avis écrit sur la mise en place du PAP.  
Le PAP ne s'adresse pas aux élèves ayant des droits ouverts au titre du handicap auprès de la MDPH.*