

Demande de Plan d'Accompagnement Personnalisé (PAP)
Année Scolaire : 20...../20.....

Mentions obligatoires à remplir par l'élève (majeur) ou sa famille

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ÉLÈVE :

Nom et prénom : **Date de naissance :**

Sexe : M F **École ou établissement :** **Classe :**

REPRESENTANT(S) LEGAL (AUX) :

Nom et Prénom : M..... Mme..... M.et Mme.....

Adresse(s) :

.....
.....

Ville(s) :

Téléphone(s) :

Quelles prises en charges actuelles ou anciennes ont été ou sont effectuées (orthophonie, psychomotricité, psychologue...) ?

Préciser :

Un **PPRE (Programme Personnalisé de Réussite Éducative)** a-t-il été mis en place par les enseignants ?

non oui (*si oui, joindre le document*)

Un **PPS (Projet Personnalisé de Scolarisation)** a-t-il été mis en place antérieurement ?

non oui (*si oui, joindre le document*)

Un **PAI (Projet d'Accueil Individualisé)** ou un protocole d'aménagement pédagogique pour dyslexie, dysphasie, trouble du langage a-t-il été mis en place antérieurement ?

non oui (*si oui, joindre le document*)

Je, soussigné(e).....

sollicite la mise en place d'un PAP (Article 37 de la loi n° 2013-595 du 8 juillet 2013, circulaire n°2015-016 du 22.1.2015, BOEN n°5 du 29 janvier 2015).

Fait à.....le.....

Signature de l'élève ou de sa famille

**Informations pédagogiques à destination du médecin de l'Education nationale
(à renseigner par l'enseignant ou le professeur principal)**

Enseignant :

Nom :

Prénom :

Discipline si professeur du 2nd degré :

PARCOURS SCOLAIRE (*merci de renseigner le tableau*)

Années scolaires					
Classes fréquentées					
Etablissements					

DIFFICULTES ET DOMAINES DE REUSSITE (indiquer selon la cotation sur une échelle de 1 à 4)

1=Maîtrise - 2=Maîtrise partielle - 3=Maîtrise avec aide - 4= non maîtrisé

DOMAINES DE COMPETENCES	COMPETENCES	REMARQUES PARTICULIERES
Langage oral - Communication - Compréhension orale - Expression orale - Lexique - Syntaxe	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Langage écrit - Lecture de texte et d'énoncé - Compréhension de texte et d'énoncé - Production d'écrit - Qualité de l'orthographe	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Langues vivantes	<input type="checkbox"/>	
Motricité - Globale : habillage, préhension, déplacements - Fine : Découpage, collage... - Copie - Qualité du graphisme - Vitesse d'écriture	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Organisation - Matériel (bureau, cartable...) - Dans le temps (cahier de texte, calendrier...) - Dans l'espace (repérage...) - Gestion du temps lors des contrôles et devoirs	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Mémoire Mémorisation (poésies, leçons, suites numériques...)	<input type="checkbox"/>	
Attention et concentration Comportement	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Mathématiques - Numération- Dénombrement - Technique opératoire - Résolution de problèmes - Géométrie, plans, graphiques	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

MESURES DEJA MISES EN PLACE DANS L'ANNEE

- PPRE
- Place dans la classe
- Tutorat
- Répétition des consignes
- Photocopie des cours, cours numérisés en ligne ou sur clé USB
- Supports adaptés
- Autres :

OBSERVATIONS

Date et signature de l'enseignant :

ELEMENTS A JOINDRE : productions d'écrits de l'élève (copie ou devoirs écrits, etc.)

AVIS DU MEDECIN DE L'EDUCATION NATIONALE

Au vu des bilans fournis,

- J'émet un avis favorable à l'élaboration d'un PAP.
- J'émet un avis défavorable à l'élaboration d'un PAP, les difficultés relevant d'un autre dispositif.

Nom, prénom du médecin :

Date :

Signature :