

Demande de Plan d'Accompagnement Personnalisé (PAP) Annexe 1

Fiche de renseignements médicaux confidentielle destinée au Médecin de l'Éducation Nationale
A remplir par les parents, le responsable légal ou l'élève majeur

Nom et Prénom de l'élève :
Date de naissance :
École / Établissement : Classe :

Naissance : A terme ? Poids de naissance :
..... Problèmes ?

Problèmes de santé :

- Traitements actuels :
- Maladies :
- Hospitalisations :
- Opérations :
- Suivis actuels et anciens (dates) :
 - Ophtalmo et orthoptique :
 - ORL, problèmes auditifs :
 - Orthophonie :
 - Psychologue ou CMPEA :
 - CMPP, CAMSP, ... :
 - Autres :
- Nom du médecin traitant : Numéro de tél :

Parcours scolaire :

- Entrée à l'école : en quelle classe ? Adaptation à l'école ?
- Changements d'école ?
- Redoublement ?
- Adaptations dans l'école :
 - PPRE
 - Soutiens : APC Rased Psychologue de l'Éducation Nationale
- Demande à la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) :
.....

Nom – Prénom des parents ou du responsable légal :

Date :/...../.....

Signature des parents, du responsable légal ou de l'élève majeur :