



NOM ET PRENOM DE L'ELEVE :

## PAP (Plan d'accompagnement personnalisé)

Conformément au B.O N° 5 du 29 janvier 2015, les élèves présentant des difficultés scolaires durables, (difficulté en lecture, lenteur à l'écrit, écriture illisible, beaucoup de fautes en orthographe, problème en construction de graphisme, problème pour la manutention d'objet...) et pour lesquels des aménagements et adaptations de nature pédagogique sont nécessaires, peuvent bénéficier d'un **Plan d'Accompagnement Personnalisé (PAP)**. Ce PAP peut être mis en place à la demande des parents, du responsable légal, ou de l'élève majeur auprès de l'établissement.

Le constat des troubles doit être fait par le médecin, le spécialiste, le psychologue autre professionnel qui suit l'enfant. À la suite de ce constat, le médecin de l'éducation nationale donne un avis sur la mise en place d'un plan d'accompagnement personnalisé.

Je soussigné (e), Monsieur.....  
Madame.....

Demande la mise en place d'un PAP\* pour mon enfant (première demande)

Demande de renouvellement du PAP\*\* (si existant dans le précédent établissement)

Sans modification :            OUI    NON

Avec modification :            OUI    NON

Si oui lesquelles :.....

.....

Fait à ..... Le .....

Signatures des parents

**IMPORTANT** : \*Joindre impérativement les bilans médicaux ou paramédicaux déjà réalisés.

\*\*Joindre impérativement une copie de l'ancien PAP