



DEMANDE DE PAP -plan d'accompagnement personnalisé-

Fiche de renseignements médicaux, confidentielle,
pour le médecin de l'Education Nationale

A remplir par les parents, le responsable légal, ou l'élève majeur

NOM - Prénom de l'élève

Date de naissance

Ecole ou Etablissement

Classe

Commune

Naissance: Poids de naissance A terme Problèmes?

Problèmes de santé:

- Traitements actuels:
- Maladies:
- Hospitalisations:
- Opérations:
- Suivis actuels et anciens -date- :
 - Ophtalmo et orthoptique
 - ORL, problèmes auditifs
 - Orthophonie
 - Psychologue ou CMPEA
 - Autres (CMPP, CAMSP, ...)

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 EN -scolaire-
- Demande à la MDPH -Maison Départementale des Personnes Handicapées-:

NOM du Médecin traitant:

Téléphone

DATE

SIGNATURE

A renvoyer sous pli cacheté à l'attention du Médecin de l'EN avec le dossier de demande de PAP au Centre

Médico-Scolaire (4 rue Indiana 97490 Sainte-Clotilde) au : 0262219397.