

DEMANDE DE MISE EN PLACE D'UN PLAN D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISÉ

À renseigner par le responsable légal ou l'élève majeur
et à transmettre au médecin de l'éducation nationale

Responsable légal :

Nom, Prénom : _____

Adresse postale : _____

Tél. domicile : _____ Tél. portable : _____

Email : _____

Élève :

Nom, Prénom :	Né(e) le :
Établissement fréquenté :	Classe :

Des aménagements ont-ils déjà été mis en place : ☐ oui – ☐ non

Si OUI, lesquels et selon quelles modalités - voir avec le(s) enseignant(s) :

Motivation de la demande :

Un suivi est-il en cours (orthophonie, psychomotricité, orthopsie...)

☐ oui - ☐ non

Si OUI, lequel, depuis quand et à quelle fréquence :

Fait le :

Signatures des parents :

Pièces à joindre :

- Bilans médicaux et paramédicaux récents — (bilan orthophonique initial et dernier bilan réalisé, bilan psychomoteur, bilan psychologique..).
- Les trois derniers bulletins scolaires ou autres informations pédagogiques.
- Avis de l'équipe enseignant pour la demande de Plan d'Accompagnement Personnalisé.
- Un devoir écrit représentatif des difficultés de l'élève.

Toute demande incomplète ne pourra être traitée

Service de Santé Scolaire

Dossier suivi par :

Anne Moreuil
Jean Pierre Lamarque

Médecins Education
Nationale

Téléphone
05 62 05 09 55

Mél
Ce.sante32@ac-toulouse.fr

23 rue Rouget de Lisle
32000 AUCH