



**RÉGION ACADÉMIQUE  
PROVENCE-ALPES-  
CÔTE D'AZUR**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

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

**VOLET 1 : Renseignements concernant l'élève  
Mentions obligatoires à renseigner par l'élève (majeur) ou sa famille**

Nom et prénom : ..... Date de naissance : .....

Sexe :  M  F

**Représentant(s) légal (aux) :**

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

Adresse(s) : .....

.....

.....

Ville(s) : .....

Téléphone(s) : .....

**Ecole ou établissement**

Nom et commune : ..... Classe : .....

**Projet mis en œuvre avant la demande de PAP:**

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)

**Accompagnement(s) existant(s) :**

Précisez les prises en charge anciennes ou actuelles : orthophonie, psychomotricité, psychologue...

**Autre(s) remarque(s) concernant le parcours de l'élève :**

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**

***Veillez joindre à votre demande, sous pli confidentiel à l'attention du médecin de l'éducation nationale, les bilans médicaux et/ou paramédicaux étalonnés et actualisés.***

**VOLET 2 : Informations pédagogiques à destination du médecin de l'Education nationale**  
*A renseigner par l'enseignant ou le professeur principal*

**Enseignant**

Nom : ..... Prénom : .....

Discipline si professeur du 2<sup>nd</sup> degré .....

**Evaluation des compétences** : Cette évaluation de niveau d'acquisition doit permettre par domaine d'apprentissage, de repérer les difficultés de l'élève.

1 = Compétence non maîtrisée

2 = Compétence maîtrisée avec aide

3 = Compétence maîtrisée partiellement

4 = Compétence maîtrisée

Domaine de compétences	Niveau acquis				Observations particulières
	1	2	3	4	
<b>LANGAGE ORAL</b>					
Communication					
Compréhension orale (consigne, textes lus)					
Expression orale					
Lexique					
Syntaxe					
<b>LANGAGE ECRIT</b>					
Lecture de textes ou d'énoncés					
Compréhension de textes écrits					
Orthographe des mots courants					
<b>PRODUCTION D'ECRITS</b>					
Ecriture lisible					
Produire ou copier sans fatigue					
Finir un travail écrit					
<b>REPERAGE DANS L'ESPACE</b>					
Lecture cartes, schémas, figures géométriques					
Repérage dans un plan, tableaux à double entrée					
<b>LANGUES VIVANTES</b>					
A l'oral					
A l'écrit					
<b>MATHEMATIQUES</b>					
Numération-Dénombrement					
Techniques opératoires					
Résolution de problèmes					
<b>LOGIQUE et RAISONEMENT</b>					
<b>ORGANISATION</b>					
Gestion du matériel (outils, cahiers...)					
Organisation du bureau, cartable, cahier de texte					
<b>MEMORISATION</b>					
Mémorisation d'une consigne					
Mémorisation d'une leçon, poésie, etc..					
<b>ATTENTION-CONCENTRATION</b>					
<b>COMPORTEMENT</b>					

**Aménagements mise en place pendant l'année scolaire:**

**Adaptations pédagogiques**

**Si oui lesquelles :**

- .....
- .....
- .....

Tutorat

Répétition des consignes

Photocopie des cours, cours numérisés en ligne ou sur clé USB

Supports adaptés

**Autre(s) observation(s)**

**Date et signature du Directeur  
ou du Chef d'établissement**

**Rappel des pièces à transmettre au médecin de l'Education nationale**

- Volet 1** (Renseignements concernant l'élève) et **Volet 2** (Informations pédagogiques), complétés et signés.
- Bilans médicaux** et /ou **paramédicaux** étalonnés, récents, datant de préférence de moins de 1 an, sous pli confidentiel.
- Si un PPRE a été rédigé, une **Copie du PPRE**
- Copie des bulletins de notes**
- Productions d'écrits** de l'élève (copie ou devoirs écrits, etc ...).

**Avis du médecin de l'Education nationale**

**Au vu des bilans fournis:**

- J'émet un avis favorable à l'élaboration d'un PAP
- J'émet un avis favorable à l'élaboration d'un PAP dans le cadre de l'article D311-131 du décret du 4/12/2020
- Je n'émet pas d'avis favorable à l'élaboration d'un PAP :
  - Les difficultés relèvent d'un autre dispositif
  - La demande peut être étudiée par l'équipe pédagogique avec l'appui du médecin EN

**Nom, prénom du médecin :** .....

**Date :** .....**Signature du médecin de l'Education nationale**

**Rappel :**

**1 - Après formulation de l'avis**, la demande, complétée et signée, est transmise à l'établissement ou à l'école sous couvert de l'inspecteur CCPD par le médecin de l'Education nationale.

**2 - Lors d'un avis favorable**, le médecin de l'Education nationale renseigne la première page du livret académique du Plan d'Accompagnement Personnalisé : **besoins spécifiques de l'élève** (points d'appui pour les apprentissages et conséquences des troubles sur les apprentissages) et la transmet à l'établissement ou à l'école sous couvert de l'inspecteur CCPD.

**Livret à renseigner numériquement**

[https://www.pedagogie.ac-aix-marseille.fr/jcms/c\\_10359691/fr/modalites-du-pap](https://www.pedagogie.ac-aix-marseille.fr/jcms/c_10359691/fr/modalites-du-pap)