****

**JANVIER 2021**

|  |
| --- |
| **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** (**P**rogramme **P**ersonnalisé de **R**éussite **É**ducative) a-t-il été mis en place par les enseignants ?

⧠ non ⧠ oui (*si oui,* *joindre le document*)

Un **PPS** (**P**rojet **P**ersonnalisé de **S**colarisation) 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**

***Veuillez 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.***