



**Avis du médecin de l'éducation nationale
pour la mise en place
d'un Plan d'Accompagnement Personnalisé (PAP)**

Docteur

Pour l'élève (nom et prénom)

Date de naissance : / /

Adresse

.....
.....

Ecole / Etablissement fréquenté(e) et adresse :

.....
.....

Classe : Série ou spécialité :

Au vu des données médicales fournies et/ou observées ce jour :

- J'émet un avis favorable à la mise en place d'un PAP
- Je demande des éléments complémentaires
- J'émet un avis défavorable : Les difficultés scolaires ne sont pas en lien avec un trouble des apprentissages et ne relèvent pas de la mise en place d'un PAP

Fait à, le

Signature et tampon du médecin de l'éducation nationale

***A transmettre au chef d'établissement ou au directeur d'école,
ainsi qu'à la famille lorsque la demande vient de celle-ci.***