

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

*A remettre au chef d'établissement ou au directeur d'école
Copie à la famille*

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'émetts un avis favorable à la mise en place d'un PAP
- Je demande des éléments complémentaires
- J'émetts 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