

## Renseignements scolaires pour demande de PAP

*A remplir par le directeur d'école ou le chef d'établissement  
et à transmettre au médecin de l'Éducation nationale du centre  
médico-scolaire dont dépend votre établissement*

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Etablissement scolaire :

Classe :

Nom du directeur d'école ou du chef d'établissement :

### Origine de la demande du PAP

- 
- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| - Proposition du conseil de maîtres ou du conseil de classe                           | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Demande de l'élève majeur ou, s'il est mineur, de ses parents ou responsable l'égal | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Accord de la famille si proposition par conseil des maîtres ou conseil de classe    | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

### Difficultés constatées dans le cadre des activités scolaires

**Aménagements et adaptations pédagogiques déjà proposés à l'élève**

Date :

Signature de l'élève majeur  
ou, s'il est mineur, de ses parents  
ou responsables légaux

Signature du directeur d'école  
ou du chef d'établissement