



RÉGION ACADÉMIQUE  
LA RÉUNION

Liberté  
Égalité  
Fraternité

## DEMANDE DE PAP -plan d'accompagnement personnalisé-

Fiche de renseignements médicaux, confidentielle,  
pour le médecin de l'Education Nationale  
A remplir par les parents, le responsable légal, ou l'élève majeur

**NOM - Prénom de l'élève**

**Date de naissance**

Ecole ou Etablissement

Classe

Commune

---

**Naissance:** Poids de naissance                      A terme                      Problèmes?

### Problèmes de santé:

- Traitements actuels:
- Maladies:
- Hospitalisations:
- Opérations:
- Suivis actuels et anciens -date- :
  - Ophtalmo et orthoptique
  - ORL, problèmes auditifs
  - Orthophonie
  - Psychologue ou CMPEA
  - Autres (CMPP, CAMSP, ...)

### Parcours scolaire:

- entrée à l'école: en quelle classe?                      Adaptation à l'école ?
- changements d'école ?
- redoublement?
- adaptations dans l'école:
  - PPRE
  - Soutiens: APC                      Rased                      Psychologue EN -scolaire-
- Demande à la MDPH -Maison Départementale des Personnes Handicapées-:

NOM du Médecin traitant:

Téléphone

**DATE**

**SIGNATURE**

A renvoyer sous pli cacheté à l'attention du Médecin de l'EN avec le dossier de demande de PAP