****

**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.***

**VOLET 2 : Informations pédagogiques à destination du médecin de l’Education nationale**

*A renseigner par l’enseignant ou le professeur principal*

**Enseignant** Nom :…………………………………………………………………………….Prénom :……………………………………….

Discipline si professeur du 2nd degré ……………………………………………………………………………………………

**Evaluation des compétences** : Cette évaluationde niveau d’acquisitiondoit permettre par domaine d’apprentissage, de repérer les difficultés de l’élève.

|  |  |
| --- | --- |
|  **1** = Compétence non maîtrisée**3** = Compétence maîtrisée partiellement |  **2** = Compétence maîtrisée avec aide **4** = Compétence maîtrisée |
| **Domaine de compétences**  | **Niveau acquis** | **Observations particulières** |
|  |  |  |
| **LANGAGE ORAL** | **1** | **2** | **3** | **4** |  |
| Communication |  |  |  |  |
| Compréhension orale (consigne, textes lus) |  |  |  |  |
| Expression orale |  |  |  |  |
| Lexique |  |  |  |  |
| Syntaxe |  |  |  |  |
|  |  |  |
| **LANGAGE ECRIT** | **1** | **2** | **3** | **4** |  |
| Lecture de textes ou d’énoncés |  |  |  |  |
| Compréhension de textes écrits |  |  |  |  |
| Orthographe des mots courants |  |  |  |  |
|  |  |  |
| **PRODUCTION D’ECRITS** | **1** | **2** | **3** | **4** |  |
| Ecriture lisible |  |  |  |  |
| Produire ou copier sans fatigue |  |  |  |  |
| Finir un travail écrit |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  **REPERAGE DANS L’ESPACE** | **1** | **2** | **3** | **4** |  |
| Lecture cartes, schémas, figures géométriques |  |  |  |  |
| Repérage dans un plan, tableaux à double entrée |  |  |  |  |
|  |  |  |
| **LANGUES VIVANTES** | **1** | **2** | **3** | **4** |  |
| A l’oral |  |  |  |  |
| A l’écrit |  |  |  |  |
|  |  |  |
| **MATHEMATIQUES** | **1** | **2** | **3** | **4** |  |
| Numération-Dénombrement |  |  |  |  |
| Techniques opératoires |  |  |  |  |
| Résolution de problèmes |  |  |  |  |
|  |  |  |
| **LOGIQUE et RAISONEMENT** | **1** | **2** | **3** | **4** |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| **ORGANISATION** | **1** | **2** | **3** | **4** |  |
| Gestion du matériel (outils, cahiers…) |  |  |  |  |
|  Organisation du bureau, cartable, cahier de texte |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  **MEMORISATION** | **1** | **2** | **3** | **4** |  |
| Mémorisation d’une consigne |  |  |  |  |
| Mémorisation d’une leçon, poésie, etc.. |  |  |  |  |
|  |  |  |
| **ATTENTION-CONCENTRATION** | **1** | **2** | **3** | **4** |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| **COMPORTEMENT**  | **1** | **2** | **3** | **4** |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |

**Aménagements mise en place pendant l’année scolaire:**

* **Adaptations pédagogiques**

**Si oui lesquelles :**

**- ................................................................................................................................................................................**

**- ................................................................................................................................................................................**

**-.................................................................................................................................................................................**

* Tutorat
* Répétition des consignes
* Photocopie des cours, cours numérisés en ligne ou sur clé USB
* Supports adaptés

**Autre(s) observation(s)**

 **Date et signature du Directeur**

 **ou du Chef d’établissement**

**Rappel des pièces à transmettre au médecin de l’Education nationale**

⧠ **Volet 1** (Renseignements concernant l’élève) et **Volet 2** (Informations pédagogiques), complétés et signés.

⧠ **Bilans médicaux** et /ou **paramédicaux** étalonnés, récents, datant de préférence de moins de 1 an, sous pli confidentiel.

⧠ Si un PPRE a été rédigé, une **Copie du PPRE**

⧠ **Copie des bulletins de notes**

⧠ **Productions d’écrits** de l’élève (copie ou devoirs écrits, etc …).

**Avis du médecin de l’Education nationale**

**Au vu des bilans fournis:**

⧠ J’émets un avis favorable à l’élaboration d’un PAP

⧠ J’émets un avis favorable à l’élaboration d’un PAP dans le cadre de l’article D311-131 du décret du 4/12/2020

⧠ Je n’émets pas d’avis favorable à l’élaboration d’un PAP :

 ⧠ Les difficultés relèvent d’un autre dispositif

 ⧠ La demande peut être étudiée par l’équipe pédagogique avec l’appui du médecin EN

**Nom, prénom du médecin :** ……………..........................................................................................................................

**Date :** ……………………………………………………………….........**Signature du médecin de l’Education nationale**

**Rappel :**

**1 - Après formulation de l’avis,** la demande**,** complétée et signée, est transmise à l’établissement ou à l’école sous couvert de l’inspecteur CCPD par le médecin de l’Education nationale.

**2** - **Lors d’un avis favorable**, le médecin de l’Education nationale renseigne la première page du livret académique du Plan d’Accompagnement Personnalisé : **besoins spécifiques de l’élève** (points d’appui pour les apprentissages et conséquences des troubles sur les apprentissages) et la transmet à l’établissement ou à l’école sous couvert de l’inspecteur CCPD.

**Livret à renseigner numériquement**

 [**https://www.pedagogie.ac-aix-marseille.fr/jcms/c\_10359691/fr/modalites-du-pap**](https://www.pedagogie.ac-aix-marseille.fr/jcms/c_10359691/fr/modalites-du-pap)