



RÉGION ACADÉMIQUE ÎLE-DE-FRANCE
MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE

**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 :

- avis favorable
- avis défavorable
- En attente des éléments demandés à la famille le :

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.***