



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.***