



P.A.P

Projet d'accompagnement personnalisé TROUBLES SPECIFIQUES DES APPRENTISSAGES

INSERER ICI
LE LOGO
DE L'ECOLE

Art.37 loi n°2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation, Article L.311-7 du code de l'Education, circulaire préparatoire de la rentrée 2014 (Annexe 12 – 1.3) du 14 mai 2014. BO N°5 du 29 Janvier 2015

ELEVE CONCERNÉ

Nom :

Prénom :

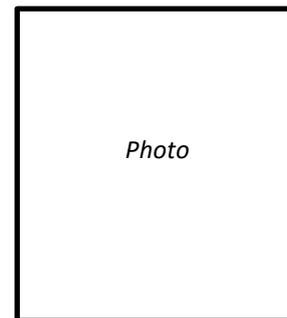
Date de naissance :

Adresse :

Classe :

Année scolaire 20. . / 20. .

Enseignant(s):



ETABLISSEMENT SCOLAIRE

--

<input type="checkbox"/> P.A.P initial: date: _____ <input type="checkbox"/> Réactualisation: date: _____
--

COORDONNEES DES PARTENAIRES

REPRESENTANTS LEGAUX	
Nom: Qualité: ✉: ☎: @:	Nom: Qualité: ✉: ☎: @:
CHEF D'ETABLISSEMENT	MEDECIN REFERENT
Nom: ✉: ☎: @:	Nom: ✉: ☎: @:
PARTENAIRES EXTERIEURS	
Nom: Qualité: ✉: ☎: @:	Nom: Qualité: ✉: ☎: @:
Nom: Qualité: ✉: ☎: @:	Nom: Qualité: ✉: ☎: @:

Diagnostic posé par:

Centre référent Neuropédiatre Neuropsychologue Médecin référent Equipe pluridisciplinaire

Pour poser le diagnostic, l'élève a eu un bilan:

Psychométrique Psychologique Orthophonique Orthoptique Ophtalmologique ORL Médical
 Psychomoteur Autres: _____

DIFFICULTES REPEREES (cocher et préciser éventuellement la nature précise des difficultés)

<i>LANGAGE ORAL</i>	<input type="checkbox"/> Expression <input type="checkbox"/> Compréhension
<i>LANGAGE ECRIT</i>	<input type="checkbox"/> Lecture déchiffrage <input type="checkbox"/> Lecture compréhension <input type="checkbox"/> Lecture à voix haute <input type="checkbox"/> Orthographe: <i>confusion de sons, inversions, omissions, erreurs de segmentation, orthographe grammaticale.</i> <input type="checkbox"/> Retentissement sur la production écrite: <i>pauvreté, syntaxe, vocabulaire, grammaire.</i>
<i>PRAXIES</i>	<input type="checkbox"/> Motricité globale: <i>coordination, équilibre, sport.</i> <input type="checkbox"/> Motricité fine: <i>manipulation des outils, géométrie, technologie, écriture.</i>
<i>MEMOIRE</i>	<input type="checkbox"/> A court terme <input type="checkbox"/> Mémoire de travail <input type="checkbox"/> Mémoire à long terme
<i>ATTENTION CONCENTRATION</i>	<input type="checkbox"/> Impulsivité <input type="checkbox"/> Attention <input type="checkbox"/> Hyperactivité
<i>MATHEMATIQUES</i>	<input type="checkbox"/> Calcul mental, automatisation des tables <input type="checkbox"/> Techniques opératoires <input type="checkbox"/> Opération logiques <input type="checkbox"/> Transcodage (<i>passage de l'oral aux chiffres</i>) <input type="checkbox"/> Numération <input type="checkbox"/> Résolution de problèmes
<i>AUTRE(S)</i>	

PRISES EN CHARGE SPECIALISEES

PARTENAIRE*	LIEU	JOUR(S)	HORAIRE(S)
.....
<i>Objectif(s) de la prise en charge:</i>			
.....
<i>Objectif(s) de la prise en charge:</i>			
.....
<i>Objectif(s) de la prise en charge:</i>			
.....
<i>Objectif(s) de la prise en charge:</i>			
.....
<i>Objectif(s) de la prise en charge:</i>			

* enseignant spécialisé, psychologue, pédopsychiatre, orthophoniste, ergothérapeute, psychomotricien, orthoptiste...

L'élève a un dossier ouvert à la MDPH	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si oui, depuis quand?		
Si non, la famille a-t-elle fait une demande à la MDPH?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
L'équipe éducative a-t-elle conseillé à la famille de faire une demande d'aménagement auprès de la MDPH?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

EMPLOI DU TEMPS DE L'ELEVE

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI
MATIN						
MIDI						
APRES-MIDI						
SOIR						

Noter les horaires des temps de prises en charges spécifiques, pédagogiques, de soins ou de rééducation effectuées sur le temps scolaire et les horaires des activités extrascolaires.

BESOINS SPECIFIQUES DE L'ELEVE ET AMENAGEMENTS (cocher et préciser)

DANS LE CADRE SCOLAIRE:

- Aménagements pédagogiques: cf. fiche annexe.
- Aménagements aux évaluations: cf. fiche annexe.
- Aménagement en matériel adapté:
- Aménagement du temps scolaire:
- Autre:

DANS LE CADRE FAMILIAL:

SIGNATAIRES DU PAP

<i>Parents</i>	<i>Elève</i>		<i>Chef d'établissement</i>
<i>Médecin référent</i>	<i>Enseignant(s)</i>		<i>Partenaire*</i>
	<i>classe</i>	<i>spécialisé</i>	
<i>Partenaire*</i>	<i>Partenaire*</i>		<i>Partenaire*</i>

**Préciser la qualité.*

SUIVI DU PROJET: Le projet sera réactualisé chaque année.

LISTE DES DOCUMENTS ANNEXES AU P.A.P:

La décision de révéler des informations médicales couvertes par le secret professionnel appartient à la famille. La révélation de ces informations permet d'assurer la meilleure prise en charge de l'enfant afin que l'établissement d'accueil lui permette de bénéficier d'aménagements adaptés à la situation. Les personnels sont eux-mêmes astreints au secret professionnel et ne se transmettent entre eux que les informations nécessaires à la prise en charge de l'enfant. Néanmoins, si la famille le juge nécessaire, elle peut adresser sous pli cacheté les informations qu'elle souhaite ne transmettre qu'à un médecin.