|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| http://ddec92.fr/uploads/images/logo%20%20DDEC92%20petit.jpg | **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**

*Photo*

**Nom : Prénom :**

**Date de naissance :**

**Adresse :**

**Classe : Année scolaire  20. . / 20. .**

**Enseignant(s):**

**ETABLISSEMENT SCOLAIRE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | PAP initial: *date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  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)*

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

**PRISES EN CHARGE SPECIALISEES**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTENAIRE\*** | **LIEU** | **JOUR(S)** | | **HORAIRE(S)** | |
| ………………………….. | ………………………….. | ………………………….. | | ………………………….. | |
| *Objectif(s) de la prise en charge:* | | | | | |
| ………………………….. | ………………………….. | ………………………….. | | ………………………….. | |
| *Objectif(s) de la prise en charge:* | | | | | |
| ………………………….. | ………………………….. | ………………………….. | | ………………………….. | |
| *Objectif(s) de la prise en charge:* | | | | | |
| ………………………….. | ………………………….. | | ………………………….. | | ………………………….. |
| *Objectif(s) de la prise en charge:* | | | | | |
| ………………………….. | ………………………….. | ………………………….. | | ………………………….. | |
| *Objectif(s) de la prise en charge:* | | | | | |

*\* enseignant spécialisé, psychologue, pédopsychiatre, orthophoniste, ergothérapeute, psychomotricien, orthoptiste…*

|  |
| --- |
| **L'élève a un dossier ouvert à la MDPH** OUI NON  Si oui, depuis quand?  Si non, la famille a-t-elle fait une demande à la MDPH? OUI NON  L'équipe éducative a-t-elle conseillé à la famille de faire une  demande d'aménagement auprès de la MDPH? OUI 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**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Parents* | *Elève* | | *Chef d'établissement* |
| *Médecin référent* | *Enseignant(s)* | | *Partenaire\** |
| *classe* | *spécialisé* |
|  |  |
| *Partenaire\** | *Partenaire\** | | *Partenaire\** |

*\*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.