

DEMANDE DE MISE EN PLACE D'UN PLAN D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISÉ

À renseigner par le responsable légal ou l'élève majeur
et à transmettre au médecin de l'éducation nationale

Responsable légal :

Nom, Prénom : _____

Adresse postale : _____

Tél. domicile : _____ Tél. portable : _____

Email : _____

Élève :

Nom, Prénom :	Né(e) le :
Établissement fréquenté :	Classe :

Des aménagements ont-ils déjà été mis en place : OUI – NON

Si OUI, lesquels et selon quelles modalités - voir avec le(s) enseignant(s) :

Motivation de la demande :

Un suivi est-il en cours (orthophonie, psychomotricité, orthopsie.., OUI - NON

Si OUI, lequel, depuis quand et à quelle fréquence :

Fait le :

Signatures des parents :

Pièces à joindre :

- Bilans médicaux et paramédicaux récents – moins de deux ans – (bilan orthophonique complet et étalonné, bilan psychomoteur, bilan psychologique..).
- Les trois derniers bulletins scolaires ou autres informations pédagogiques.
- Un devoir écrit représentatif des difficultés de l'élève.

Attention : les demandes incomplètes ne pourront être traitées.

Service de Santé Scolaire

Docteur Marc SAYSSET
Médecin Responsable
Départemental
Conseiller Technique

Téléphone
05 62 63 26 00
Ce.sante32
@ac-toulouse.fr

Centre de médecine scolaire
23, rue Rouget de Lisle
32000 AUCH