



**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 :**

- J'émet un avis favorable à la mise en place d'un PAP
- Je demande des éléments complémentaires
- J'émet un avis défavorable : Les difficultés scolaires ne sont pas en lien avec un trouble des apprentissages et ne relèvent pas de la mise en place d'un PAP

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.***