

**Avis du médecin de l'éducation nationale  
pour la mise en place d'un Plan d'Accompagnement  
Personnalisé**

*A remettre au chef d'établissement ou au directeur d'école  
Copie à la famille*

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'émetts un avis favorable à la mise en place d'un PAP
- Je demande des éléments complémentaires
- J'émetts 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