





NOM : ..... Prénom : ..... Niveau : .....

**Pour améliorer l'accueil de votre enfant, vous pouvez nous communiquer certaines informations :**

- Votre enfant bénéficie déjà d'un :  PAP (Projet d'Accompagnement Personnalisé)  
 PAI (Projet d'Accueil Individualisé)  
 PPS (Projet Personnalisé de Scolarisation)  
 PPRE (Projet Personnalisé de Réussite Educative)

- Est-il suivi par un ?  Orthophoniste  
 Ergothérapeute  
 Psychologue – psychologue scolaire  
 Autre.....
- } Fournir les bilans

Indiquez les coordonnées du professionnel de santé (nom, adresse, téléphone, courrier électronique) :

.....  
.....

Autorisez-vous l'établissement à prendre contact avec ce professionnel ?  OUI  NON

Y-a-t-il des éléments médicaux que vous souhaitez nous préciser ?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Bénéficie-t-il d'une notification de la MDPH pour un AVS (Assistant de Vie Scolaire) ?  OUI  NON

Si oui, pour combien d'heures ? ..... (fournir l'attestation)

.....  
.....  
.....

Autre(s) information(s) à signaler (démarches en cours pour un suivi, être en classe avec un.e camarade...) :

.....  
.....  
.....  
.....

