





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...) :

