**Demande de PAP**

**Fiche de liaison Enseignants-Médecin scolaire**

**Nom et Prénom(s) de l’élève :**

**Date de naissance :**

**Parcours de scolarisation :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Année** | **Scolarisation** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Aides déjà proposées à l’élève :**

□ différenciation pédagogique □aide personnalisée □ PPRE □ RASED

**Bilans effectués :**

□ médical □ orthophonique □ psychologique □ autres…………………. ?

**Maternelle - A remplir par l’enseignant**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Observations**  | **Obstacles à la réalisation de l’activité** | **Points d’appui et commentaires** |
| **L’organisation spatiale, temporelle et matérielle** |  |  |
| **La réalisation des tâches :** compréhension et respect des consignes, préhension… |  |  |
| **L’élève dans la classe :** langage oral, relations avec les pairs, communication, fatigue, lenteur, acceptation des règles collectives… |  |  |