**NOM de l’élève** :………………………………………..**Prénom**: …………………………………………………………

**Adresse**:……………………………………………………………………………………………...**Classe**: …………………

**Date de naissance** : …. /…. / …. **Numéro de portable de l’élève** :  …. - .…  - …. - …. - .…



**Suivi éducatif ou judiciaire** Nom du référent : ……………………………………

Coordonnées :……………………………………………

03.23.65.59.76

**PROBLEMES MEDICAUX**

**TROUBLES DES APPRENTISSAGES**

Bénéficiait-il d’un :

* **PPS** (suivi MDPH) ?

Oui Non

* **PAP** (Aménagements pédagogiques) ?

Oui Non

Lesquels ?:………………………………………………………………………………………………………………………………………….

* Aménagements aux examens ?

Oui Non

**Merci de joindre la copie de la dernière notification MDPH et/ou du dernier PAP**

Suivi Orthophonique :………………………………………….

Suivi Médico-psychologique : ………………………………