

FICHE DE SUIVI et D'ACCOMPAGNEMENT

Votre enfant a-t-il bénéficié ou bénéficie t-il actuellement d'un P.P.R.E. (programme personnalisé de réussite éducative) ? oui non

Si oui, de quel aménagement a-t-il bénéficié ?

Période du : au :

Votre enfant est-il ou a-t-il été suivi par un orthophoniste ? oui non

Si oui, pour quel motif ? (dyslexie, dysorthographe, dyspraxie, dyscalculie...)

Période du : au :

Un P.A.P.* (plan d'accompagnement pédagogique) a-t-il été mis en place ? oui non

Votre enfant a-t-il vu ou voit-il un spécialiste pour des problèmes pouvant avoir un impact sur sa scolarité ? (psychologue, cardiologue...) oui non

Si oui, lequel ou lesquels ?

Votre enfant est-il ou a-t-il été suivi par la M.D.P.H. (Maison Départementale pour les personnes handicapées) ? oui non

Si oui, à quelle période ?

Pour quels troubles ?

Est-il encore suivi actuellement ? oui non

Si oui, joindre une copie de la notification.

Votre enfant bénéficie t-il d'un P.A.I * . médical (projet d'accueil personnalisé pour troubles de santé : asthme, allergies, intolérance alimentaire... ? oui non

Si oui, pour quel problème ?

A-t-il un traitement médical à suivre chaque jour ? oui non

A-t-il un traitement médical en cas de crise ? oui non

Nom et coordonnées du médecin spécialiste pour ce souci de santé :

Docteur _____ Tél. : _____

Signature du responsable de l'enfant :

* Joindre obligatoirement une copie