

**« EXAMEN à la DEMANDE » auprès du médecin de l’éducation nationale**

**Origine de la demande : Infirmière ❑ Etablissement ❑ Parents ❑ Autre (préciser) ❑**

 Concerne : Nom et prénom de l’élève :

 Date de naissance : Classe :

 Etablissement scolaire :

Motif de la demande (résumé de la problématique exposée par le demandeur)

1. Problématiques de difficultés dans les apprentissages

⮚Aménagements déjà mis en place (PAP-PPS-PPRE-RASED-Aménagements pédagogiques)

⮚Bilan fait avec le psychologue scolaire

⮚Suivi(s) en cours (bilans réalisés, coordonnées du/des praticiens) :

1. Autre(s) motif(s) :

⮚Suivi(s) antérieurs (bilans réalisés, coordonnées du/des praticiens) :

Nom du médecin traitant :

Coordonnées de la famille :

M. et Mme M. Mme

Adresse :

Tél.

Adresse mel. :

**Décision du médecin de l’éducation nationale en réponse à la demande :**

 Date et signature :