



**MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE - ACADÉMIE DE LILLE**

**LYCÉE DES METIERS DE L'AUTOMOBILE ALFRED MONGY**

129, rue de la Briqueterie - 59700 Marcq en Baroeul

Tél. : 03.20.72.26.85 - Fax : 03.20.89.81.19

<http://lyceealfredmongy.fr/>

► **Aménagements pédagogiques**  
**2024.2025**

NOM, PRENOM .....

DATE DE NAISSANCE.....

CLASSE.....

Votre enfant :

A-t-il déjà bénéficié d'un **PAP (Plan d'Accompagnement Personnalisé)** ?  OUI  NON

A-t-il déjà bénéficié d'un **PPS (Plan Personnalisé de Scolarisation)** ?  OUI  NON

A-t-il déjà bénéficié d'un aménagement d'examens (**tiers-temps**) ?  OUI  NON

A-t-il un dossier **MDPH** en cours ?  OUI  NON

A-t-il un accompagnement par une **AVS (Auxiliaire de Vie Scolaire)**  OUI  NON

Si vous avez coché oui, merci de nous **transmettre une photocopie des documents** pour la continuité de la scolarité.

ATTENTION concernant les PAP il faut demander un avis médical en vue de la demande d'aménagement d'examen (document téléchargeable sur le site internet du lycée). A cette demande vous devez impérativement joindre : l'accord du PAP et le PAP actuel avec la première page signée par le médecin de l'éducation nationale (si vous n'avez pas ces documents en votre possession, demandez les à l'établissement actuel) et une copie du dernier bilan orthophonique et/ou ergothérapeute datant de moins de 2 ans, sous pli confidentiel.

Pour les PPS et AVS, il faut les notifications MDPH que nous transmettrons à l'enseignant référent.

Si nécessaire, nous pouvons vous aider à mettre en place un plan d'accompagnement personnalisé (PAP) et vous orientez pour la mise en place un projet personnalisé de scolarité (PPS).

Référent élèves à besoins particuliers :

[ce.0590144l@ac-lille.fr](mailto:ce.0590144l@ac-lille.fr)

DATE : .....

SIGNATURE

Année scolaire ...../.....

***Demande d'avis médical en cycle 4 ou en seconde en vue d'une demande  
d'aménagement des conditions d'examens en procédure simplifiée***

***Identité de l'élève :***

NOM ..... Prénom .....

Date de naissance .....

Adresse du responsable légal ..... Ecole ou établissement fréquenté(e) .....

.....

.....

Téléphone : .....

***Mesures déjà mises en place :***

PAP initial établi en classe de ..... Année scolaire ...../.....

Par le Dr ....., médecin de l'éducation nationale.

***Coordonnées des spécialistes médicaux ou para-médicaux (ou du service de soins) qui suivent  
éventuellement l'enfant :***

.....

.....

.....

***Identité du demandeur***

**Nous**, soussignés,

....., responsables légaux de l'élève,

....., directeur (trice) de l'élève de l'école ou de l'établissement scolaire,

demandons à ce que l'élève ..... puisse bénéficier  
d'un avis médical :

en cycle 4

en seconde

Directeur d'école ou chef d'établissement,

Date et signature :

Représentants légaux,

Date et signature :

**L'élève majeur** ..... demande à pouvoir  
bénéficier d'un PAP.

Date et signature :

***Documents à fournir en appui à la demande :***

annexes médicales du PAP initial : verso de l'annexe 3 et page 1 de l'annexe 2

annexe 2 du PAP actuel

bilan paramédical normé de la situation actuelle (bilan d'orthophonie ou d'ergothérapeute)