

SCOLARITÉ ADAPTÉE

NOM, prénom :	Classe :
Responsable légal :	
Mail :	
Téléphone :	

DIAGNOSTIC	
Troubles Spécifiques du Langage et des Apprentissages <input type="checkbox"/> Dyslexie <input type="checkbox"/> Dysgraphie <input type="checkbox"/> Dysorthographe <input type="checkbox"/> Dyspraxie <input type="checkbox"/> Dyscalculie <input type="checkbox"/> Dysphasie <input type="checkbox"/> TDA <input type="checkbox"/> TDAH <input type="checkbox"/> Troubles de la mémoire	TSA : <input type="checkbox"/> Autisme
	AUTRES :

Scolarité année passée : 2025-26	
<input type="checkbox"/> Établissement : <input type="checkbox"/> MPA (matériel pédagogique adapté) <input type="checkbox"/> Aménagement des examens <input type="checkbox"/> AESH (AVS) : heures <input type="checkbox"/> PAP	<input type="checkbox"/> ULIS Nom coordinateur Ulis :

Scolarité RENTRÉE 2026-27		
<input type="checkbox"/> ULIS <input type="checkbox"/> AESH (AVS) <input type="checkbox"/> MPA (matériel pédagogique adapté)		Suivis extérieurs : <input type="checkbox"/> ITEP <input type="checkbox"/> SESSAD/IME <input type="checkbox"/> Orthophoniste <input type="checkbox"/> Ergo <input type="checkbox"/> Suivi psy <input type="checkbox"/> Suivi éducatif : Nom : Téléphone : <input type="checkbox"/> Autres :
PAP à poursuivre : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	PAP à créer : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Aménagements des examens souhaités au lycée Boisjoly Potier : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
DOCUMENTS FOURNIS à l'inscription : <input type="checkbox"/> NOTIFICATIONS MDPH : <input type="checkbox"/> BILANS MÉDICAUX : <input type="checkbox"/> AUTRES :		