

Protocole d'Accueil concernant les élèves atteints d'un trouble spécifique du langage écrit  
« PA-Dys »

**Année scolaire 20.../20...**

Médecin de l'Education nationale : .....

Centre de Médecine Scolaire : .....

Etablissement scolaire : .....

Chef d'établissement/directeur : .....

Enseignant(s) : ..... Classe : .....

**Renseignements concernant l'élève.**

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : .....

Nom des parents ou du représentant légal : .....

Adresse : .....

**Bilans pratiqués** (dans l'affirmative cochez la case) :

médical  orthophonique  psychométrique  test projectif  orthoptique  centre référent TSA

Quotité de scolarisation ; temps plein / temps partiel :

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	vendredi
<i>Repas</i>				

L'élève dispose-t-il déjà :

✓ De matériel pédagogique adapté (ordinateur, dictaphone, logiciel spécifique, etc.)

.....

.....

✓ D'un emploi du temps aménagé

.....

.....

✓ De rééducation (sur le temps scolaire ou hors temps scolaire)

.....

.....

✓ D'aménagements pour les examens (évaluations nationales, DNB, etc.)

.....

.....

✓ Autre

.....

.....

Signatures des parents et de l'élève :

Signatures de l'enseignant/PP et du  
directeur/chef d'établissement :

Signature du médecin E.N. :