

Formulaire de demande d'Assistance Pédagogique A Domicile à l'Hôpital et à l'École

A transmettre à l'établissement scolaire de votre enfant

<input type="checkbox"/> Demande initiale <input type="checkbox"/> Renouvellement		
A remplir par les responsables légaux (ou référent ASE)		
Nom / Prénom de l'élève :	Date de naissance :	
Nom / Prénom du responsable légal :	@	
	Téléphone :	
Je sollicite l'accès au dispositif d'APADHE pour l'élève mentionné ci-dessus. Date et signature des responsables légaux :		
A remplir par l'école ou l'établissement scolaire		
Etablissement scolaire :	RNE :	Commune :
Directeur d'école ou chef d'établissement :	Classe :	Spécialités / options : (le cas échéant)
Personne référente à contacter à l'école ou dans l'établissement scolaire :		
Téléphone :	@	
Nom et coordonnées du médecin scolaire de l'éducation nationale :		
Projet pédagogique envisagé et dispositifs associés (disponible auprès de la coordonnatrice si besoin) : cf. feuille annexe		
Date et signature du directeur d'école ou du chef d'établissement :		
Avis du médecin de l'éducation nationale et / ou du médecin CT de l'IA-DASEN		
Demande du Au (3 mois maximum)		
Avis : <input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable		Conditions :
Avis de la commission du :		<input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable
Nom, date et signature :		
Cadre réservé à la DEAP - DGEP		
Volume horaire global accordé* :		* Maximum 60 heures de cours par année scolaire
Date :	Signature :	
Coordonnatrice APADHE		
Stéphanie NOUAILLE DSDEN 33 30 cours de Luze – BP 919 33060 BORDEAUX Cedex Tél : 05 56 56 36 15 @ : dsden33-sapad@ac-bordeaux.fr		