

Demande d'APADHE

Première demande Prolongation



A compléter par les responsables légaux

Elève _____

Nom _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____

Responsables _____ Prénom : _____

Courriel : _____ @ _____ Téléphones : _____

Adresse : _____

Je sollicite l'accès au dispositif d'APADHE pour l'élève mentionné ci-dessus.

Date et signature des responsables légaux : _____

Réservé à l'école ou à l'établissement scolaire

Établissement scolaire : _____ Commune : _____

Classe fréquentée : _____ Directeur d'école ou chef d'établissement : _____

Personne référente à contacter : _____

Téléphone : _____ Mail : _____

Médecin scolaire : _____

Date et signature du directeur d'école ou du chef d'établissement : _____

Cette demande doit être accompagnée d'un certificat médical détaillé sous enveloppe cachetée et être adressée à :
SAPADHE 64
5 rue de l'Enfant Jésus 64000 PAU

Avis du médecin de l'éducation nationale et/ou du médecin ct de l'ia-dasen

Avis favorable Avis défavorable Motif : _____ Conditions : _____

Fait le _____ Transmis le _____
Signature : _____ Famille Coordonnateur SAPAD

Réservé DSDEN