

Formulaire de demande d'Accompagnement 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 :	@	
	Tel :	
Adresse :		
Je sollicite l'accès au dispositif d'APADHE pour l'élève mentionné ci-dessus. <u>Date et signature des responsables légaux :</u>		
A remplir par l'école ou l'établissement scolaire		
Établissement scolaire :	IUA :	Commune :
Directeur ou chef d'établissement :		Classe de l'élève :
Personne référente à contacter à l'école ou dans l'établissement scolaire :		
Tel :	@	
Nom du médecin scolaire de l'Éducation Nationale :		
Projet pédagogique envisagé et dispositifs associés: cf formulaire <i>Projet pédagogique</i> Demande de mise à disposition d'un <b>robot de téléprésence</b> : OUI / NON ( si oui, merci de prendre contact avec la coordonnatrice APADHE)		
Date et signature du directeur ou chef d'établissement :		
Avis du médecin de l'Éducation Nationale et/ou du médecin CT de l'IA-DASEN		
o Du ..... au ..... (3 mois maximum)		
o Tout au long de l'année scolaire en fonction des absences de l'élève		
Avis : <input type="checkbox"/> favorable <input type="checkbox"/> défavorable	Passage en commission	Code pathologie
<u>Conditions :</u>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Avis de la commission du :	<input type="checkbox"/> favorable	<input type="checkbox"/> défavorable
Nom, date et signature :		
Cadre réservé à la gestion		
Volume horaire global accordé (60 h de cours maximum par année scolaire) :		
<b>Coordonnatrice APADHE</b> Claire PAPEGHIN DSDEN 33 30 cours de Luze – BP 919 – 33060 BORDEAUX cedex Tél : 05 56 56 36 15    @ : <a href="mailto:dsden33-sapad@ac-bordeaux.fr">dsden33-sapad@ac-bordeaux.fr</a>		