

**Formulaire de demande d'Accompagnement
 Pédagogique A Domicile à l'Hôpital et à l'École**
A transmettre à l'établissement scolaire de l'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 robot de téléprésence : 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 du médecin de l'éducation nationale de secteur OU du médecin de l'éducation nationale de la commission de validation :		
Coordonnatrice APADHE Claire PAPEGHIN DSDEN 33- 30 cours de Luze – BP 919 – 33060 BORDEAUX cedex Tél : 05 56 56 36 15 @ : dsden33-apidhe@ac-bordeaux.fr		