

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

☐ Demande initiale ☐ Renouvellement (en cours d'année scolaire)		
A compléter 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 compléter par l'établissement scolaire		
Établissement scolaire :	UAI :	Commune :
Directeur ou chef d'établissement :	Classe de l'élève :	
Personne référente à contacter dans l'établissement scolaire (obligatoire) :		
Nom :	@	
Fonction :	tel	
Nom de l'infirmier de l'Éducation Nationale, personne référente 2 (obligatoire) :		
Nom :	@	
Projet pédagogique envisagé : cf formulaire Projet pédagogique		
Demande de mise à disposition d'un robot de téléprésence : OUI / NON		
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		
Nom du médecin de l'Éducation Nationale :		
☐ Du au (3 mois maximum) ☐ Tout au long de l'année scolaire en fonction des absences de l'élève		
Avis : ☐ favorable ☐ défavorable <u>Conditions :</u>	Passage en commission ☐ OUI ☐ NON	Code pathologie
Avis de la commission du :	☐ favorable ☐ 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 Tél : 05 56 56 36 15 @ : dsden33-apadhe@ac-bordeaux.fr		