

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 :	@	
	Téléphone :	
Adresse :		
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 : cf. formulaire annexe Demande de mise à disposition d'un robot de téléprésence : OUI / NON <i>(si oui merci de prendre contact avec la coordonnatrice du dispositif)</i>		
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		
<input type="radio"/> Du Au (3 mois maximum) <input type="radio"/> Tout au long de l'année scolaire en fonction des absences de l'élève		
Avis : <input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable		Conditions* : <i>* Indiquer ici s'il s'agit d'une psychopathologie</i>
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*** :		*** Maximum 60 heures de cours par année scolaire
Coordonnatrice APADHE		
Claire PAPEGHIN DSDEN 33 30 cours de Luze – BP 919 33060 BORDEAUX Cedex Tél : 05 56 56 36 15 @ : dsden33-sapad@ac-bordeaux.fr		