

Annexe - Fiche de demande pour un Apadhe (Accompagnement Pédagogique A Domicile, à l'Hôpital ou à l'Ecole)

Demande Apadhe

Initiale

Renouvellement

À remplir par les responsables légaux (ou référent ASE)

Nom/Prénom de l'élève :	Date de Naissance :
Nom/Prénom du responsable légal :	
Adresse :	
Téléphone :	@ :

Je sollicite l'accès au dispositif d'Apadhe pour l'élève mentionné ci-dessus. + joindre un CERTIFICAT MEDICAL qui préconise l'apadhe
Date et signature des responsables légaux :

Réservé à l'école ou à l'établissement scolaire

Établissement Scolaire :	Commune :
Directeur d'école ou chef d'établissement :	Classe :
Personne référente à contacter à l'école ou dans l'établissement scolaire : Téléphone : @ :	
Nom et coordonnées du médecin de l'éducation nationale : ou du médecin de PMI :	
Projet pédagogique envisagé et dispositifs associés	
Date et signature du directeur d'école ou du chef d'établissement	
Modalités Apadhe accordé du au	
Discipline	Heure/semaine
Lieu d'intervention :	Volume horaire total :
À réévaluer le cas échéant le : Avis du médecin de l'éducation nationale et / ou du médecin ct de l'ia-dasen :	
Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable <input type="checkbox"/> Conditions :	
Nom, Date et Signature :	
Coordonnateur Apadhe	
Mr/Mme : BARADEL Aude	Adresse: 8 rue du Colonel Denfert - 71100 CHALON SUR SAONE
Téléphone : 06 81 24 07 99	sapad@pép71.org