

ASSISTANCE PEDAGOGIQUE A DOMICILE

Ecole / Etablissement scolaire/ autres : _____
Tél. : _____ Fax : _____

NOM de l'élève : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Cours suivi : _____

Adresse de la famille : _____
Tél. _____

Durée de l'absence : _____ Périodes : _____
(précisez les dates)

Motif de l'absence : _____
(joindre le certificat médical du médecin traitant : document 2, sous pli fermé)

L'élève est assuré à :
(nom de la Compagnie)
N° d'assuré

Projet d'assistance pédagogique

-- **Responsable du projet** : (enseignant, professeur principal, chef d'établissement, CPE, ...)

NOM : _____

Qualité : _____

-- **Besoins** : (Proposition)

matières <i>(par ordre priorité)</i>			
heures			
périodicité			

Nombre heures **total / semaine**
(2 H. maxi/semaine)

-- **Intervenants** : (à renseigner obligatoirement)

NOM : _____

NOM : _____

Qualité : _____

Qualité : _____

-- Autre prise en charge pédagogique : _____