

 **Accompagnement pédagogique**

 **à domicile, à l’hôpital ou à l’école**

 **APADHE**

**Demande d’accompagnement pédagogique**

Date de la demande :       PREMIERE DEMANDE [ ]  PROLONGATION [ ]

**Pour l’élève NOM** :       **Prénom** :       né(e) le :

Adresse :

Classe :

**Parents ou responsable légal** :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Père** | **Mère** |
| Nom et Prénom |       |       |
| Téléphone |       |       |
| Mél |       |       |

Hospitalisation OUI [ ]  NON [ ]  Si oui, nom de l’hôpital :

APADHE demandé à partir du       Durée estimée :

**Signature des parents ou du responsable légal précédée de la mention : *« Pour accord »***

Etablissement scolaire :

Adresse :

Tél :

**Nom et signature du chef d’établissement ou du directeur** :

Mél :

Envoyer cette demande de préférence **par courrier électronique au médecin conseiller technique** :

ce.dsden07-sante-social@ac-grenoble.fr

ou l’adresser à : **Direction des Services Départementaux de l’Education Nationale de l’Ardèche**

**A l’attention du médecin conseiller technique**

**18, place André Malraux – BP 627 – 07006 PRIVAS Cedex**

**Un certificat médical détaillé doit également être adressé au médecin conseiller technique** soit par les parents soit directement par le médecin qui l’a rédigé (de préférence par courrier électronique).

**Avis du Médecin conseiller technique adjoint**

Favorable [ ]  Défavorable [ ]

APADHE accordé du      /     /202      au      /     /202

Observations :

Privas, le      /     /202