

**Accompagnement pédagogique
à domicile, à l'hôpital ou à l'école
APADHE**

Demande d'Accompagnement pédagogique

Date de la demande :

PREMIERE DEMANDE ☐

RENOUVELLEMENT ☐

A remplir par les responsables légaux (ou référent ASE)

NOM - Prénom de l'élève :	Né(e) le :	Classe :	
Adresse de la résidence habituelle :			
Parents ou responsables légaux :	Père	Mère	Autre responsable légal
NOM – Prénom :			
Téléphone :			
Mél :			

Hospitalisation : OUI ☐

NON ☐

Si oui, nom de l'hôpital :

APADHE demandé à partir du :

Durée estimée :

Signature des parents ou des responsables légaux précédée de la mention « *bon pour accord* »

Réservé à l'école ou à l'établissement scolaire

Ecole ou établissement scolaire :	Commune :
Adresse :	Téléphone :
Directeur (-trice) d'école ou chef d'établissement :	
Personne référente à contacter dans l'école ou l'établissement scolaire :	
Téléphone :	Mél :
Projet pédagogique envisagé et dispositifs associés :	

Date et signature du directeur (-trice) de l'école ou du chef d'établissement :

Un certificat médical détaillé doit être adressé au Médecin Conseiller Technique avec la demande par courrier électronique ou courrier postal (ce.dsden07-sante-social@ac-grenoble.fr)

Réservé à la DSDEN

Avis du médecin CT de l'IA-DASEN : FAVORABLE ☐ DEFAVORABLE ☐

Conditions ou motifs du refus :

Date, cachet et signature du médecin CT :

Apadhe accordé du..... Au.....

Modalités : Robot ☐ Heures : En présentiel ☐ A distance ☐

Discipline	Heures/semaine

Lieu d'intervention :

Volume horaire total :

A réévaluer le cas échéant le :

Référent pédagogique Apadhe

NOM – Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Mél :

Projet pédagogique mis en place - dispositifs associés – suivi :