

**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.ia26-sante@ac-grenoble.fr](mailto:ce.ia26-sante@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
	2 heures

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 :