

Accompagnement Pédagogique A Domicile, à l'Hôpital ou à l'Ecole

**Aucune demande d'APADHE ne sera acceptée sans un certificat médical détaillé
(Possibilité d'utiliser le document type)**

Date de la demande :

PREMIERE DEMANDE ☐

RENOUVELLEMENT ☐

A remplir par les responsables légaux

NOM - Prénom de l'enfant :		Né(e) le :	Classe :
Adresse de la résidence habituelle :			
Médecin traitant :		Téléphone :	
L'enfant bénéficie-t-il d'un : PAP ☐ PAI ☐ PPS ☐			
L'enfant est-il hospitalisé : OUI ☐ NON ☐ Si oui, nom de l'hôpital :			
Parents ou responsables légaux :	Père	Mère	Autre responsable légal
NOM – Prénom :			
Téléphone :			
Mél :			

APADHE demandé à partir du :

Durée estimée :

Date et Signature des responsables légaux précédée de la mention « bon pour accord »

Réservé à l'école ou à l'établissement scolaire

Ecole ou établissement scolaire :			
Adresse :			
Directeur (-trice) d'école ou chef d'établissement :			Professeur principal :
Adresse mail :		Téléphone :	
Personne référente à contacter dans l'école ou l'établissement scolaire :			
Fonction :			
Téléphone :		Mél :	
Projet pédagogique envisagé et dispositifs associés :			
Enseignant(s) volontaire(s) :			
Nom :	Discipline :	Tél :	@ :
Nom :	Discipline :	Tél :	@ :

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

