

**Formulaire de demande d'Accompagnement
Pédagogique A Domicile à l'Hôpital et à l'École**
A transmettre à l'établissement scolaire de l'enfant



<input type="checkbox"/> Demande initiale <input type="checkbox"/> Renouvellement	
A remplir par les responsables légaux (ou référent ASE)	
Nom / Prénom de l'élève : _____ Date de naissance : _____	
Nom / Prénom du responsable légal : _____ @ _____	
_____ Tel : _____	
Adresse : _____	
Je sollicite l'accès au dispositif d'APADHE pour l'élève mentionné ci-dessus. <u>Date et signature des responsables légaux :</u> _____	
A remplir par l'école ou l'établissement scolaire	
Établissement scolaire : _____ IUA : _____ Commune : _____	
Directeur ou chef d'établissement : _____ Classe de l'élève : _____	
Personne référente à contacter à l'école ou dans l'établissement scolaire : _____	
Tel : _____ @ _____	
Nom du médecin scolaire de l'Éducation Nationale : _____	
Projet pédagogique envisagé et dispositifs associés : cf formulaire <i>Projet pédagogique</i> Demande de mise à disposition d'un robot de téléprésence : OUI / NON (si oui, merci de prendre contact avec la coordonnatrice APADHE)	
Date et signature du directeur ou chef d'établissement : _____	
Avis du médecin de l'Éducation Nationale et/ou du médecin CT de l'IA-DASEN	
<input type="radio"/> Du au (3 mois maximum)	
<input type="radio"/> Tout au long de l'année scolaire en fonction des absences de l'élève	
Avis : <input type="checkbox"/> favorable <input type="checkbox"/> défavorable Passage en commission Code pathologie	
<u>Conditions :</u> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Avis de la commission du : <input type="checkbox"/> favorable <input type="checkbox"/> défavorable	
Nom, date et signature du médecin de l'éducation nationale de secteur OU du médecin de l'éducation nationale de la commission de validation : _____	
Coordonnatrice APADHE Claire PAPEGHIN DSDEN 33- 30 cours de Luze – BP 919 – 33060 BORDEAUX cedex Tél : 05 56 56 36 15 @ : dsden33-apidhe@ac-bordeaux.fr	