

## Formulaire de demande d'Accompagnement Pédagogique A Domicile à l'Hôpital et à l'École



<input type="checkbox"/> Demande initiale		<input type="checkbox"/> Renouvellement (en cours d'année scolaire)	
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'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 de l'Éducation Nationale :			
Projet pédagogique envisagé et dispositifs associés : cf formulaire <b>Projet pédagogique</b> <b>Demande de mise à disposition d'un robot de téléprésence : OUI / NON</b> (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			
o Du ..... au ..... (3 mois maximum)			
o 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	
<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 <b>OU</b> du médecin de l'éducation nationale de la commission de validation :			
<b>Coordonnatrice APADHE Claire PAPEGHIN</b> DSDEN 33- 30 cours de Luze – BP 919 – 33060 BORDEAUX cedex Tél : 05 56 56 36 15    @ : <a href="mailto:dsdn33-apidhe@ac-bordeaux.fr">dsden33-apidhe@ac-bordeaux.fr</a>			