

APADHE - fiche de demande

Accompagnement Pédagogique

A Domicile à l'Hôpital ou à l'École

☐ Première demande
 ☐ Prolongation
 ☐ Renouvellement

1. À remplir par les responsables légaux (ou référent ASE)

Nom et prénom de l'élève

Date de naissance Classe

Nom et prénom **responsable légal 1**

Téléphone..... @

Adresse :

Nom et prénom **responsable légal 2**

Téléphone..... @

Adresse :

Absence de l'élève dans l'établissement du ... / ... / ... au ... / ... / ...

Hospitalisation ☐ Oui ☐ Non Si oui, nom de l'hôpital

APADHE demandé **du** ... / ... / ... **au** ... / ... / ...

Je sollicite l'accompagnement APADHE pour l'élève mentionné ci-dessus. Je joins **obligatoirement** un certificat médical détaillé (renseignements médicaux, annexe 2).

Précédée de la mention « Pour accord »

Date :

Date :

Signature du responsable légal 1 :

Signature du responsable légal 2 :

2. A remplir par l'école ou l'établissement scolaire

Établissement scolaire.....Commune.....

Directeur ou chef d'établissement.....

Personne référente à contacter dans l'établissement :

Nom..... Fonction.....

Téléphone..... @

3. Continuité pédagogique à remplir par l'école ou l'établissement scolaire

a) L'élève se présente-t-il actuellement dans son établissement scolaire ?

☐ Oui. Volume horaire :h/semaine

JOURS DE CLASSE	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
AMENAGEMENTS HORS CLASSE					
DUREE					

☐ Non

b) Suivi de l'élève :

☐ PAI (à joindre obligatoirement en cas de RSA)

☐ PAP

☐ PPS (Enseignant référent :)

☐ En attente de PPS

☐ CNED - Cours à la carte réglementés

☐ Autre : (Précisez).....

c) **Sauf en cas de RSA**, demande de mise en place d'un dispositif de télé-présence **TED-i** afin que l'élève puisse suivre les cours en direct (connexion internet indispensable) **6h/semaine**

☐ Oui

☐ Non



* <https://www.reseau-canope.fr/cap-ecole-inclusive/sinformer/programme-ted-i-enseigner-en-telepresence.html>

4. Demande de prise en charge pédagogique à remplir par l'école ou l'établissement

Selon le projet établi en équipe éducative, indiquer les enseignements/compétences qui vous paraissent prioritaires, ainsi que le nom du professeur éventuel, dans la limite de **deux heures par semaine** au total pour l'élève.

Compétences/enseignements	NOM et Prénom du professeur	OBJECTIFS	Temps d'apprentissages	Réajustements pour un prolongement ou un renouvellement

☐ Enseignant de la classe de l'élève

☐ Enseignant de l'établissement

☐ Autre

NB : Si aucun enseignant n'est susceptible de répondre à cette demande, le coordonnateur APADHE se charge de rechercher des enseignants.

Date et visa du directeur d'école ou du chef d'établissement :

Réévaluation

ATTENTION : les séances ne pourront débuter qu'à la réception de **l'ordre de mission** à destination du/des professeur-e-s, signé par le directeur académique des services départementaux de l'éducation nationale.

En cas de modification de dates ou horaires en fonction de l'état de santé de l'élève, l'enseignant et l'APADHE doivent être avertis au plus tôt.

Le présent document doit être transmis au coordonnateur APADHE
DSDEN - APADHE – apadhe38@ac-grenoble.fr