

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.