

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE PÉDAGOGIQUE

Document à remplir par le directeur d'école ou le chef d'établissement et à envoyer par mail à apadhe38@ac-grenoble.fr

NOM et prénom de l'élève :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Établissement scolaire/école :

Classe :

Adresse :

Circonscription, le cas échéant :

L'élève fréquente-t-il **actuellement** l'établissement :

- Oui Volume horaire par semaine :h/semaine
 Non

Absence durée prévisible :

Date du début de l'absence :

Indiquer les matières qui vous paraissent prioritaires et en regard le nom du professeur volontaire éventuel pour cette aide, dans la limite d'une à deux séances hebdomadaires au total.

Matières prioritaires (par ordre d'importance)	<u>NOM et prénom</u> du professeur	Grade — discipline (renseigner toutes les rubriques)	Résidence administrative	Nombre de séances hebdomadaires
1 -				
2-				
3 -				

L'enseignant volontaire est-il :

Un enseignant de la classe de l'élève

Un 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 :

ATTENTION : les séances ne pourront débuter qu'à la réception de l'ordre de mission à destination du/des professeur(s) signé par la directrice académique des services départementaux de l'éducation nationale

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Document à faire remplir par le **médecin** et à envoyer sous pli cacheté adressé à
Madame le médecin conseiller technique – DSDEN de l'Isère
Cité administrative – rue Joseph Chanrion – 38032 Grenoble Cedex 1

A REMPLIR POUR MOTIF MEDICAL

NOM Prénom

Date de naissance

Adresse de la famille

.....

Téléphone

École / établissement scolaire

Classe

INAPTITUDE à la scolarité pour raisons médicales :

DATE du début de l'inaptitude

DURÉE prévisible de l'absence à l'école

DIAGNOSTIC :

NATURE des soins actuels

NOM du médecin

Date

Signature

AVIS DU MEDECIN CONSEILLER TECHNIQUE

Favorable

Défavorable

APADHE accordé duau.....

Nombre de séances par semaine :

Grenoble, le....., le médecin conseiller technique,

RENSEIGNEMENTS SOCIAUX

Document à remplir et à envoyer sous pli cacheté adressé à **Madame la conseillère technique de service social** — DSDEN de l'Isère
- Cité administrative — rue Joseph Chanrion — 38032 Grenoble Cedex 1

A REMPLIR POUR MOTIF SOCIAL

NOM Prénom

Date de naissance

Adresse de la famille

.....

Téléphone

École / établissement scolaire

Classe

Nom référent ASE :

Coordonnées :

IMPOSSIBILITE à la scolarité pour raisons sociales :

DATE du début de l'impossibilité :

DURÉE prévisible de l'absence à l'école

L'élève a-t-il bénéficié d'un placement ?

Si oui, dates :

AVIS DU CONSEILLER TECHNIQUE DE SERVICE SOCIAL

Favorable

Défavorable

APADHE accordé du au.....

Nombre de séances par semaine :

Grenoble, le....., le conseiller technique de service social