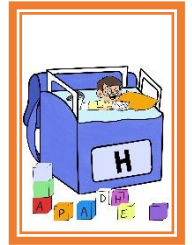


# APADHE – fiche synthèse

Demande d'Accompagnement Pédagogique

A Domicile à l'Hôpital ou à l'École



Première demande

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 : .....

Scolarité interrompue le ..... Durée prévisible.....

Je sollicite l'accompagnement APADHE pour l'élève mentionné ci-dessus

*Je joins un certificat médical justificatif sous pli cacheté.*

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..... @.....

Avis établissement.....

Date..... Signature directeur ou chef établissement :

### 3. Continuité pédagogique

Besoins particuliers de l'élève

En attente de PPS       Bénéficie déjà d'un PPS       N'a pas de PPS

PAP       PAI       PPRE       Emploi du temps allégé

CNED - Cours à la carte réglementés

Autre : (Précisez).....

Demande de mise en place d'un système de téléprésence robotisé (connexion internet nécessaire)

Oui       Non

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