

**Demande**  initiale  renouvellement

## 1. A remplir par les représentants légaux (ou référent ASE)

Élève Nom :  Prénom :

Date de naissance :  Classe :

### Noms et prénoms des Responsables légaux

Resp. 1 :  Resp. 2 :

Adresse :

Tel. :  mail :

*Je sollicite l'accès au dispositif d'Apadhe pour l'élève mentionné(e) ci-dessus.*

Date :  Signatures des responsables légaux :



## 2. Réservé à l'école ou l'établissement scolaire

Établissement scolaire :  Commune :

Chef(fe) d'établissement :

Personne référente :  Tél.

Mail :

Projet pédagogique envisagé, dispositifs associés, rôle et place du professeur principal ou de l'enseignant :

Date :  Signature du(de la) chef(fe) d'établissement :

## 3. Avis du médecin de l'Éducation Nationale et/ou du médecin ct de l'IA-DASEN

Favorable :  Défavorable :  Conditions :

Nom :

Lieu d'intervention :  A réévaluer le cas échéant le :

Date :  Signature :

## 4. Modalités de l'APADHE accordé par la coordonnatrice de l'APADHE

Coordonnatrice de l'APADHE Mme Gallet tél : 04.79.62.13.55 [joelle.gallet@pepsmb.fr](mailto:joelle.gallet@pepsmb.fr)

Volume horaire total :