

Demande d'A.P.A.D.H.E.

Accompagnement Pédagogique
A Domicile à l'Hôpital ou à l'École

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 et dispositifs associés :

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 : Date : Signature :

4. Modalités de l'APADHE accordé

Lieu d'intervention : Volume horaire total :

A réévaluer le cas échéant le :

Coordonnatrice APADHE Mme Gallet tél : 04.79.62.13.55 joelle.gallet@pepsmb.fr