



**ACADÉMIE
DE GRENOBLE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Direction des services départementaux
de l'éducation nationale
de la Haute-Savoie

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX EN VUE D'UNE DEMANDE APADHE

(Accompagnement pédagogique à domicile à l'hôpital ou à l'école)

Document à faire compléter par le médecin qui suit l'élève
et à remettre à l'établissement scolaire, sous pli cacheté à l'attention du Dr REVOLLON

PATIENT / ELEVE

NOM : Prénom :

Date de naissance :

INAPTITUDE à la scolarité pour raisons médicales :

Date du début de l'inaptitude :

Durée prévisible de l'absence à l'école :

Le patient a-t-il bénéficié d'une hospitalisation ? OUI NON

Si oui, dates :

DIAGNOSTIC

.....
.....

NATURE des soins actuels

.....
.....
.....

RETENTISSEMENT DES DIFFICULTES DU PATIENT ET DES CONTRAINTES THERAPEUTHIQUES SUR LA VIE SCOLAIRE

.....
.....
.....
.....

Nom du médecin :

Dr.....

Date :

Tampon et signature