

APADHE

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



Dossier N° :

Première demande

Reconduction

1. À remplir par les responsables légaux (ou référent ASE)

Nom et prénom élève..... fille garçon

Date de naissance..... Classe.....

Nom, prénom parent.....

Adresse.....

Téléphone..... @.....

Nom, prénom parent

Adresse.....

Téléphone..... @.....

Scolarité interrompue le Durée prévisible.....

Médecin traitant : tel commune.....

Médecin spécialiste et spé.: tel commune.....

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

Je joins un certificat médical justificatif sous pli cacheté.

Date..... Signature des responsables légaux :

2. A remplir par l'école ou l'établissement scolaire

Établissement scolaire..... Commune.....

Directeur/trice ou chef d'étab^t..... Tél étab^t.....

Circonscrip^o si primaire : @ étab^t

Personne référente à contacter dans l'établissement :

Fonction..... tél..... @.....

Avis établissement.....

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

