Fiche de demande\* pour un Accompagnement Pédagogique à Domicile, à l’Hôpital ou à l’Ecole

|  |
| --- |
| Responsables légaux (ou référent ASE)  |
| Nom/Prénom de l’élève :  | Date de Naissance :  |
| Nom/Prénom du responsable légal :  |
| Adresse : Téléphone : @ :  |

|  |
| --- |
| Réservé à l’Etablissement scolaire  |
| Établissement Scolaire :  | Commune :  |
| Directeur d’école ou chef d’établissement : | Classe :  |
| Référent Apadhe à contacter à l’école ou dans l’établissement scolaire : Téléphone : @ :  |
| Absence depuis le :  □ En continu □ Perlée |
|  |
| Commentaires (hors secret médical) : |
|  |
|  |
| Enseignants - Coordonnateurs Apadhe  |
| A transmettre à l’enseignant - coordonnateur Apadhe de votre départementSAPADHE 44 : sapadhe44est@ac-nantes.fr / sapadhe44nord@ac-nantes.fr / sapadhe44sud@ac-nantes.fr SAPADHE 49 : sapadhe49@ac-nantes.fr SAPADHE 53 : sapadhe53@ac-nantes.fr SAPADHE 72 : sapadhe72@ac-nantes.fr SAPADHE 85 : sapadhe85est@ac-nantes.fr / sapadhe85ouest@ac-nantes.fr  |

Je sollicite l’accès au dispositif d’Apadhe pour l’élève mentionné ci-dessus.

Date et signature des responsables légaux :