

APADHE : Accompagnement pédagogique à domicile, à l'hôpital ou à l'école

Formulaire de demande d'APADHE

Initiale

Renouvellement

A remplir par les responsables légaux (ou référent ASE)

Nom / Prénom de l'élève :		Date de naissance :	
Nom / Prénom du responsable légal 1 :		Nom / Prénom du responsable légal 2 :	
Adresse :		Adresse :	
Tél :	@ :	Tél :	@ :

Je sollicite l'accès au dispositif d'APADHE pour l'élève mentionné ci-dessus.

Date et signature des responsables légaux :

Réservé à l'école ou à l'établissement scolaire

Etablissement scolaire :		Commune :	
Téléphone : UAI :			
Directeur d'école ou chef d'établissement :		Classe :	
Personne référente du projet pédagogique à contacter à l'école ou dans l'établissement scolaire :			
Fonction de la personne référente :		@ :	
Projet pédagogique envisagé et dispositifs associés :			
EDT aménagé <input type="checkbox"/>	CNED <input type="checkbox"/>	PAI <input type="checkbox"/>	PAP <input type="checkbox"/>
		Autre <input type="checkbox"/>	

Date et signature du directeur d'école ou du chef d'établissement :

Avis du médecin de l'éducation nationale et / ou du médecin CT de l'IA-DASEN

Favorable : <input type="checkbox"/>	Défavorable : <input type="checkbox"/>	Conditions :	
jusqu'à :	Catégorie pathologie (1 à 12) :	Etablissement scolaire <input type="checkbox"/>	Domicile <input type="checkbox"/>
		Visio <input type="checkbox"/>	Nombre d'heures :
		Robot de téléprésence <input type="checkbox"/>	

Nom du médecin, date et signature :