

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

Formulaire de demande d'APADHE 2025 / 2026

☐ 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 ☐	CNED ☐
PPS ☐	Pas de PPS ☐
PPS à venir ☐	Autre ☐
PAI ☐	PAP ☐

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 : ☐	Défavorable : ☐	Conditions :
jusqu'à :	Catégorie pathologie (1 à 12) :	Etablissement scolaire ☐ Domicile ☐ Visio ☐ Nombre d'heures :
		Robot de téléprésence ☐

<http://blogs17.ac-poitiers.fr/ecoleinclusive/?p=852>

réfèrent numérique : Thomas Mourot (Thomas.Mourot@ac-poitiers.fr)

Nom du médecin, date et signature :