

DEMANDE D'ACCOMPAGNEMENT PEDAGOGIQUE

(BO n° 32 du 27/08/2020 du Ministère de l'Éducation Nationale)

Pour l'élève Né(e) le / / à

FAMILLE		Parent 1	Parent 2
	NOM Prénom		
	Adresse		
	CP Commune		
	Téléphone fixe		
	Téléphone portable		
Courriel			

....., représentant légal de l'enfant mentionné ci-dessus, sollicite l'accès au dispositif APADHE.

Fait à Le / / Signature des parents : Signature de l'élève :

ETABLISSEMENT	Etablissement scolaire :	Téléphone:
	Classe fréquentée par l'élève :	Professeur principal / Enseignant
	Email :@.....	
	Référent du suivi de l'élève :	
	Téléphone :	Email :@.....
	Nom du directeur / chef d'établissement :	
Fait à	Le / /	Cachet de l'établissement et signature :

MEDECIN SCOLAIRE	<u>Avis du médecin de l'éducation nationale et/ou du médecin Conseiller Technique de l'IA-DASEN</u>	
	<input type="checkbox"/> favorable	<input type="checkbox"/> défavorable
	<u>Modalités de mise en œuvre :</u>	
	<input type="checkbox"/> Heures APADHE	<input type="checkbox"/> STPR (soumis à l'avis de la commission)
	<input type="checkbox"/> à domicile <input type="checkbox"/> au sein de l'établissement scolaire <input type="checkbox"/> en visioconférence <input type="checkbox"/> autre lieu (<i>préciser</i> :)	
	Durée prévisible : <input type="checkbox"/> jusqu'au	Nombre d'heure(s) hebdomadaire(s)
Observations éventuelles :		
Le Dr		
Fait à	Le / / Cachet et signature	

Demande à retourner au SAPAD (*Service d'accompagnement pédagogique à domicile*) :

SAPAD 79 / GPA - 11, rue de la Convention - 79000 NIORT

Téléphones : 05 49 24 26 48 ou 06 75 08 41 21 - télécopie : 05 49 24 30 03 – courriel : sapad79@gpa-asso.fr