

**DEMANDE D’APADHE**

Accompagnement pédagogique à Domicile, à l’Hôpital, à l’Ecole

Circulaire du 03/08/20 (BO°32 du 27/08/2020)

|  |
| --- |
| **à remplir par les responsables légaux (ou référent ASE ) :** |
| Nom/Prénom de l’élève :  | Fille Garçon  |
| Date de naissance : Portable de l’élève : |
| Dossier mdph : oui non Enseignement adapté : SEGPA EREA ULIS |
| Nom et prénom du responsable légal :  |
| Adresse : Téléphone : Email :  |
| Scolarité interrompue le : Durée prévue de l’interruption :  |
| Nom du médecin traitant : téléphone : Commune : Nom du médecin spécialiste ou du psychologue : téléphone : Commune :  |
| Je sollicite l’accès au dispositif d’APADHE pour l’élève mentionné ci-dessus.Date et signature des responsables légaux : Le ………………………………« Article 372-2 Code Civil : « A l’égard des tiers de bonne foi, chacun des parents est réputé agir avec l’accord de l’autre »**MERCI DE JOINDRE UN COURRIER EXPLICANT LA DEMANDE.** **UN CERTIFICAT MEDICAL doit être joint à la demande.**  |
| **Réservé à l’établissement scolaire :** |
| Etablissement scolaire : Commune :  |
| Directeur d’école ou chef d’établissement :  |
| Classe :  |
| Personne référente à contacter dans l’établissement scolaire : Téléphone : Email :  |
| Nom et coordonnées du médecin de l’éducation nationale : Projet pédagogique envisagé et dispositifs associés : PPRE PAP PPS PAI Merci de joindre les projets spécifiques  |
| Lieu d’intervention envisagé : Avis et observation : **Date et signature du directeur d’école ou du chef d’établissement :** |

**Document à renvoyer à l’enseignante coordonnatrice APADHE par mail :** **apadhe-pep-02@ac-amiens.fr**

|  |
| --- |
| **MOYENS HUMAINS (intervenants enseignants )** |
| Nom-Prénom | Discipline  | Nombre de séances hebdomadaires (hors vacances scolaires) | Durée prévue pour chaque séance  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Volume horaire total (dans la limite de 5 H hebdomadaires) :**

**Lieu d’intervention envisagé :**

|  |
| --- |
| **Avis du médecin de l’éducation nationale et/ou du Médecin Conseiller Technique Départemental** |
| **Favorable** | **Lieu des cours :**  |
| **Défavorable** | **Motif :** |
| **Apadhe accordé pour une durée de …………………………………….**  |
| A réévaluer le cas échéant le :  |
| **Date et signature du médecin conseiller technique départemental :** **Le ……………………………….** |

|  |
| --- |
| **Réévaluation :** |

|  |
| --- |
| Avis de l’IEN ASH |