

**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 |