



**ACADÉMIE
DE NANCY-METZ**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Direction des services départementaux
de l'éducation nationale
de la Meuse

Année Scolaire 2023-2024

***Demande d'Accompagnement Pédagogique A Domicile,
à l'hôpital ou à l'école (APADhe)***

Document à compléter par la famille et à retourner à la :

Direction Académique de la Meuse
Docteur DEVILLE Virginie
Promotion de la santé en faveur des élèves

24, avenue du 94ème R.I
55013 BAR LE DUC Cedex

Tél : 03 29 76 78 97

e-mail : ce.psfe55@ac-nancy-metz.fr

| | |
|---|---|
| Réf : Circulaire du 3-8-2020 BO N° 30 Bulletin Officiel N°32 du 27-08-2020 | <u>Demande</u> d'Accompagnement Pédagogique A Domicile, à l'hôpital ou à l'école EN FAVEUR DES ENFANTS OU ADOLESCENTS ATTEINTS DE TROUBLES DE LA SANTE |
|---|---|

(Page 1 et 2 à compléter par les parents)

| |
|---|
| ETABLISSEMENT : <u>Adresse :</u> _____ <u>Téléphone :</u> _____ <u>Adresse mail :</u> _____ |
|---|

| |
|--|
| |
|--|

| | |
|-------------------------|------------------------|
| Nom/Prénom de l'élève : | Date de naissance : |
| Classe : | Enseignant principal : |

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES REPRESENTANTS LEGAUX :

Père Mère Père et Mère Autres (précisez) : _____

| | |
|----------------------|-------|
| Nom, prénom : _____ | _____ |
| Adresse : _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| Téléphone : _____ | _____ |
| Adresse mail : _____ | |

Motif de la demande : cocher, ci-dessous, la case correspondante

MALADIE : ou ACCIDENT :

Établissement hospitalier : _____ Service : _____

Médecin qui suit l'enfant à l'hôpital : _____

Médecin de famille : _____ Ville _____ Tél : _____

Début de l'absence scolaire : le _____

Durée prévisible de l'accompagnement pédagogique à domicile à l'hôpital ou à l'école : _____

(Joindre un certificat médical détaillé sous pli cacheté à l'attention du Médecin conseiller technique Responsable départemental)

Votre enfant est-il assuré à la MAE ? Oui Non

Si non : Je certifie avoir contacté mon assurance pour savoir si elle prenait en charge l'accompagnement pédagogique à domicile en cas de trouble de la santé de mon enfant.

- quel est le nom de l'assurance scolaire de votre enfant : _____

- quel est le numéro de téléphone de l'assurance : _____

Fait à : _____ le _____

Signature du représentant légal :