

Année Scolaire 2025-2026

***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 :

DSDEN de la Meuse  
**Docteur DEVILLE Virginie**  
Promotion de la santé en faveur des élèves  
  
Site Couchot  
**11, rue Jeanne d'Arc**  
55000 BAR LE DUC  
  
**Tél :** 03 29 76 78 97  
**e-mail :** [ce.psfe55@ac-nancy-metz.fr](mailto:ce.psfe55@ac-nancy-metz.fr)

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

(Page 1 et 2 à compléter par les parents)

**ETABLISSEMENT SCOLAIRE DE L'ELEVE :**

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_

<b><u>Nom/Prénom de l'élève :</u></b>	<b><u>Date de naissance :</u></b>
<b><u>Classe :</u></b>	<b><u>Enseignant principal :</u></b>

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES REPRESENTANTS LEGAUX :**

Père ☐ Mère ☐ Père et Mère ☐ Autres (précisez) ☐ : \_\_\_\_\_

Nom1 : \_\_\_\_\_

Nom2 : \_\_\_\_\_

Prénom1 : \_\_\_\_\_

Prénom2 : \_\_\_\_\_

Adresse1 : \_\_\_\_\_

Adresse2 : \_\_\_\_\_

Téléphone1 : \_\_\_\_\_

Téléphone2 : \_\_\_\_\_

Adresse mail1 : \_\_\_\_\_

Adresse mail2 : \_\_\_\_\_

Nom de l'assurance scolaire de votre enfant : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone de l'assurance : \_\_\_\_\_

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

**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)**

Fait à : \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature du représentant légal :