

***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

Réf : Circulaire du 3-8-2020
BO N° 30 Bulletin Officiel
N°32 du 27-08-2020

Demande
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 SCOLAIRE DE L'ELEVE :

Adresse : _____

Téléphone : _____

Adresse mail : _____

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

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 :