

Fiche de demande pour un APADHE

(Accompagnement Pédagogique à Domicile, à l'Hôpital ou à l'école)

Demande APADHE Initiale Renouvellement

À remplir par les responsables légaux (ou référent ASE)

Nom/Prénom de l'élève : _____ Date de Naissance : _____
 Nom/Prénom du responsable légal 1: _____ Nom/Prénom du responsable légal 2: _____
 Adresse : _____ Adresse : _____
 Téléphone : _____ Téléphone : _____
 @ : _____ @ : _____

Je sollicite l'accès au dispositif d'APADHE pour l'élève mentionné ci-dessus. Date et signature des responsables légaux :

Réservé à l'école ou à l'établissement scolaire

Établissement Scolaire : _____ Commune : _____
Directeur d'école ou chef d'établissement : _____ Classe : _____
Personne référente à contacter à l'école ou dans l'établissement scolaire : _____
Téléphone : _____ @ : _____
Nom et coordonnées du médecin de l'éducation nationale : _____
Date et signature du directeur d'école ou du chef d'établissement : _____

Modalités:

APADHE accordé du au

Projet pédagogique envisagé et dispositifs associés :

Discipline	Heures / semaines	Discipline	Heures / semaines

Lieu d'intervention : _____ **Nom et Signature IEN ASH:** _____

Volume horaire total :

À réévaluer le cas échéant le :

Avis du Médecin Conseiller Technique de la Rectrice :

Conditions :

Cours individuels : Favorable Défavorable
Téléprésence Mobile : Favorable Défavorable

Nom, Date et Signature :

Coordonnateur APADHE

Mme Murielle VALVERT
 Téléphone : 0590 478 193 / 0590 478 432
 @ : murielle.valvert@ac-guadeloupe.fr

Adresse : Bureau de l'ASH
 Avenue Patrick Saint-Eloi, Jardin d'essai
 97139 Les Abymes