

Date de la demande :

Élève

Nom :

Prénom :

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :

Responsables légaux

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Adresse électronique :

Scolarité

Etablissement scolaire : UAI / RNE :

Ville : Téléphone :

Adresse électronique :

Classe de l'élève :

Demande effectuée à la suite ☐ d'une maladie ☐ d'un accident ☐ Autre

Situation actuelle de l'élève : déscolarisation : ☐ totale depuis

☐ à temps partiel depuis

Je soussigné (e) représentant légal de
l'enfant demande la mise en place d'un TED-i pour
le suivi scolaire de mon enfant.

Période prévue de prise en charge APADHE : / / au / /

Signature du représentant légal :

Avis et signature de l'IEN ASH : ☐ Avis favorable ☐ Avis défavorable