



Région académique

académie
Guadeloupe

sapad
le service d'assistance pédagogique à domicile



Mère

Nom, Prénom.....

Père

Nom, Prénom.....

①

②

Personnes désignées par les parents :

S.A.P.A.D.

Service d'Assistance Pédagogique A Domicile

(en faveur des élèves atteints dans leur santé)

ENGAGEMENT DE LA FAMILLE (représentants légaux)

Madame, Monsieur,

Dans le cadre d'une convention passée entre le Rectorat de l'Académie de la Guadeloupe et l'Association Départementale des Pupilles de l'Enseignement Public, un enseignant, de préférence celui de l'élève, se déplacera à votre domicile pour assurer la continuité des enseignements.

Cette prise en charge pédagogique doit se faire dans des conditions correctes pour l'élève ou l'adolescent et l'enseignant :

- Présence au domicile d'un adulte responsable de l'élève (**parent ou personne désignée par eux**)
- ✓ Mise à disposition d'un lieu calme, propice au travail scolaire
- ✓ Elève prêt à travailler dès l'arrivée de l'enseignant
- ✓ **Avertir** au plus vite l'enseignant si un problème vous obligeait à annuler son intervention
- ✓ Après chaque intervention, **signer** l'attestation de travail accompli.

Le SAPAD s'arrête dès que **le médecin scolaire ou le médecin hospitalier** traitant estime qu'un retour en classe est possible (sauf, cas particulier, dans le cadre du Projet d'Aide Pédagogique Individualisé).

Je, soussigné(e).....père, mère, tuteur de l'enfant,
.....scolarisé(e) en classe de.....déclare avoir pris connaissance et approuvé
les conditions dans lesquelles un enseignant peut intervenir à domicile pour scolariser mon enfant.

A....., le.....

Signature des parents ou représentants légaux

