

DEMANDE D'ACCOMPAGNEMENT PEDAGOGIQUE

(Circulaire du 17 Juillet 1998 du Ministère de l'Éducation Nationale)

F A M I L L E	Pour l'élève Né(e) le / / à		
	Demande formulée par,, représentant légal de l'enfant		
		Parent 1	Parent 2
	NOM Prénom		
	Adresse		
	CP Commune		
	Téléphone fixe		
Téléphone portable			
Courriel			

Fait à Le / / Signature des parents : Signature de l'élève :

E T A B L I S S E M E N T	Etablissement scolaire : Téléphone:	
	Classe fréquentée par l'élève : Professeur principal / Enseignant	
	Email :@.....	
	Nom du CPE (pour collèges, lycées) :	
	Téléphone : Email :@.....	
	Nom du directeur / chef d'établissement :	
Fait à Le / / Cachet de l'établissement et signature :		

M E D E C I N S C O L A I R E	<u>Avis du médecin de l'éducation nationale</u> (dont vous obtiendrez les coordonnées auprès de l'établissement scolaire) :	
	Le Dr médecin de l'Éducation nationale	
	Centre médico-scolaire de	
	Valide la demande d'APAD :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Modalités de mise en œuvre :	<input type="checkbox"/> à domicile <input type="checkbox"/> au sein de l'établissement scolaire <input type="checkbox"/> autre lieu (préciser :))
	Durée prévisible : <input type="checkbox"/> jusqu'au	Nombre d'heure(s) hebdomadaire(s)
Observations éventuelles :		
Fait à Le / / Cachet et signature :		

Demande à retourner au Sapad (Service d'accompagnement pédagogique à domicile) :

Sapad 79 / GPA - 11, rue de la Convention - 79000 NIORT
Téléphones : 05 49 24 26 48 ou 06 75 08 41 21 - télécopie : 05 49 24 30 03 – courriel : sapad79@gpa-asso.fr