

DEMANDE D'ACCOMPAGNEMENT PEDAGOGIQUE

(BO n° 32 du 27/08/2020 du Ministère de l'Éducation Nationale)



Pour l'élève Né(e) le / / à

FAMILLE

	Parent 1	Parent 2
NOM Prénom		
Adresse		
CP Commune		
Téléphone fixe		
Téléphone portable		
Courriel		

....., représentant légal de l'enfant mentionné ci-dessus, sollicite l'accès au dispositif APADHE.

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

ETABLISSEMENT

Etablissement scolaire : Téléphone:

Classe fréquentée par l'élève : Professeur principal / Enseignant

Email :@.....

Référent du suivi de l'élève :

Téléphone : Email :@.....

Nom du directeur / chef d'établissement :

Fait à Le .../.../..... Cachet de l'établissement et signature :

MEDECIN SCOLAIRE

Avis du médecin de l'éducation nationale et/ou du médecin Conseiller Technique de l'IA-DASEN

favorable défavorable

Modalités de mise en œuvre :

Heures APADHE STPR (soumis à l'avis de la commission)

à domicile

au sein de l'établissement scolaire

en visioconférence

autre lieu (*préciser :*)

Durée prévisible : jusqu'au Nombre d'heure(s) hebdomadaire(s)

Observations éventuelles :

Le Dr

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