

## DEMANDE D'ACCOMPAGNEMENT PEDAGOGIQUE A DOMICILE, A L'HOPITAL OU A L'ECOLE (APADHE)

### PARTIE ELEVE

(à renseigner par la famille ou le représentant légal de l'élève)

ELEVE	Nom - Prénom :		Féminin			
	Date de Naissance :		Masculin			
		Classe :				
Scolarité interrompue le :		Type d'affection :		accident	chirurgie	maladie
				grossesse/maternité	pathologie psychologique	autre
REPRESENTANTS LEGAUX	Nom - Prénom :			Nom - Prénom :		
	Adresse :			Adresse :		
	Courriel :			Courriel :		
	Téléphone :			Téléphone :		
	N° de contrat :		Nom assurance/ mutuelle :			
Téléphone :		Courriel :				

### PARTIE ETABLISSEMENT

(à renseigner par le chef d'établissement ou le directeur de l'école)

ETABLISSEMENT SCOLAIRE	Nom de l'établissement :		Public		Privé
	Commune :		Circonscription :		
	Chef d'établissement / Directeur :				
	Professeur principal ou de la classe :				
	Courriel :			Téléphone :	
	Médecin Éducation Nationale :				
	Infirmière Éducation Nationale :				
	Professeur(s) volontaire(s) :				
Téléphone :			Courriel :		
Observations / avis :					

Je demande la mise en place de l'APADHE pour l'enfant ci-dessus mentionné. J'autorise le service APADHE à prendre contact avec toute personne intervenant auprès de lui afin d'identifier les aménagements nécessaires et mettre en œuvre le projet de scolarisation à domicile.

Nom, prénom, fonction, structure et coordonnées des personnes à contacter (professionnels de santé, paramédical, ems, ...) :

Fait à ..... Le .....

Signature du ou des représentants légaux

Signature du directeur ou chef d'établissement

Le présent document doit être transmis à la DVE [ia09dve@ac-toulouse.fr](mailto:ia09dve@ac-toulouse.fr).  
Le certificat médical doit être envoyé à l'attention du médecin conseiller technique de l'IA DASEN : [sante09@ac-toulouse.fr](mailto:sante09@ac-toulouse.fr)