

APADHE :
Accompagnement Pédagogique
A Domicile, à l'Hôpital ou à l'École

Demande initiale d'APADHE

A remplir par les responsables légaux (ou référent ASE)	
Nom / Prénom de l'élève :	Date de naissance :
Nom / Prénom du responsable légal 1 :	Nom / Prénom du responsable légal 2 :
Adresse :	Adresse :
Téléphone :	Téléphone :
E-mail : @	E-mail : @
Je sollicite l'accès au dispositif d'APADHE pour l'élève mentionné ci-dessus.	
Date et signature des responsables légaux :	

A remplir par l'école ou l'établissement scolaire							
Etablissement scolaire :	Commune :						
Directeur d'école ou chef d'établissement :	Classe :						
Personne référente à contacter à l'école ou dans l'établissement scolaire :							
Téléphone :	E-mail :						
Nom du médecin de l'éducation nationale qui a été informé(e) de la situation :							
Favorable à la mise en place : <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="padding: 0 10px;">oui</td> <td>non</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </td> <td style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </td> <td style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </td> </tr> </table>	oui	non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date et signature du directeur d'école ou du chef d'établissement
oui	non						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
- de l'APADHE dans les locaux de l'établissement - d'un robot de télé présence* dans l'établissement Projet pédagogique envisagé et dispositifs associés :							

A remplir par les responsables légaux et l'école ou l'établissement scolaire		
Disciplines souhaitées et professeurs volontaires connus <small>(sans dépasser 6h au total par semaine)</small>	heures/semaine	Autres disciplines possibles

Merci de transmettre la demande avec un **certificat médical** à l'adresse suivante : medecin86@ac-poitiers.fr

A remplir par le médecin de l'éducation nationale et / ou le médecin CT de l'IA-DASEN	
Avis concernant la demande d'APADHE	<input type="checkbox"/> Favorable : accordé jusqu'au..... <input type="checkbox"/> Défavorable
Lieu(x) :	<input type="checkbox"/> à domicile <input type="checkbox"/> dans l'établissement <input type="checkbox"/> à l'hôpital <input type="checkbox"/> autre :
Avis concernant la mise en place d'un robot de télé présence*	<input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable
Conditions :	Nom, date et signature :

*sous réserve de la disponibilité des robots, de l'accord de la famille et de l'équipe enseignante