

# Demande Apadhe

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

- Demande initiale  
 Renouvellement

## 1 À remplir par le ou les responsables légaux de l'enfant (ou référent ASE)

Nom/prénom de l'élève :  Date de naissance :   
 Classe :  Établissement :   
 Apadhe demandé à partir du :  Durée estimée :   
 Service hospitalier et nom du médecin spécialiste :   
 Nom/prénom du responsable légal :  Téléphone :   
 Adresse :  email :   
**Date et signature des responsables légaux :**  
 Date :   
*Je sollicite l'accès au dispositif d'Apadhe pour l'élève mentionné ci-dessus.*

## 2 Réservé à l'établissement scolaire

Établissement scolaire :  Commune :   
 Chef-fe d'établissement :  Classe :   
 Personne référente à contacter dans l'établissement scolaire :   
 Tél :  email :   
 Nom et coordonnées du médecin de l'éducation nationale :   
**Date et signature du chef-fe d'établissement :**  
 Projet pédagogique envisagé et dispositifs associés :   
 Date :

## 3 Avis du médecin de l'éducation nationale et/ou du médecin et de l'ia-dasen

**Favorable**  **Défavorable**

**Observations :**

**Date et signature :**  
Date :

## 4 Coordonnateur Apadhe de l'Aube

**M. Christian Quéru**  
Tél : 03 25 70 28 47 - 06 80 26 58 46

**SAPAD 10**  
22, Rue Albert Boivin BP 10 071  
10901 Troyes Cedex  
email : sapad10@ac-reims.fr

Modalités/propositions - Apadhe accordé du  au   
Renouvelable ? : oui non ?

Discipline(s)	Heure(s)/semaine

Lieu(x) d'intervention :