

Demande d'APADHE

☐ initiale

☐ renouvellement

Partie réservée à la famille

Élève :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Responsables légaux (ou responsable ASE) :

Nom :

Adresse :

Téléphone :

Mél :

Je sollicite l'accès au dispositif d'APADHE pour l'élève mentionné ci-dessus.

Date et signature des responsables légaux

La demande doit être accompagnée de tous documents médicaux pour éclairer la situation, sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseiller technique de l'Inspecteur d'académie DASEN

Ecole ou établissement scolaire :

Classe :

Personne référente à contacter au sein de l'établissement :

Partie réservée au service

Centre médico scolaire de référence :

Téléphone :

Mél :

Médecin de l'Education Nationale :

Infirmière de l'Education Nationale :

UAI :

Téléphone :

Mél :

Projet pédagogique envisagé et dispositifs associés :PAI : oui ☐ non ☐PPS : oui ☐ non ☐Autre accompagnement (à préciser) : oui ☐ non ☐ (CNED, EDT allégé....)

Période d'intervention de l'APADHE sollicitée :

Date et signature du Directeur d'école ou du Chef d'établissement

Modalités d'APADHE envisagées :

Discipline	Heures/semaine

Lieu d'intervention :	Volume horaire total envisagé :
-----------------------	---------------------------------

Avis du médecin conseiller technique

☐ accord ☐ refus	Observations :	Motif : ☐ AMAE à envisager
---	----------------	--

Robot de télé-présence

☐ à déployer	☐ à évaluer	☐ non
-------------------------------------	------------------------------------	------------------------------

le déploiement se fera selon les possibilités techniques locales et l'accord des parties

APADHE accordée du	au.....
A réévaluer, le cas échéant, le	

Coordonnateur Apadhe

Nom :	Pascal KRAFT
Adresse :	Service de l'APADHE – 7 place de l'Hôtel Dieu - 60000 Beauvais
Téléphone :	03 44 06 08 34- 06 13 60 33 38
Mél :	sapad@lespepgrandoise.org / florence.verbeke@lespepgrandoise.org