

Demande d'A.P.A.D.H.E.

Accompagnement Pédagogique
A Domicile à l'Hôpital ou à l'Ecole

Demande ☐ initiale ☐ renouvellement

1. A remplir par les représentants légaux (ou référent ASE)

Élève Nom : Prénom :

Date de naissance : Classe :

Noms et prénoms des Responsables légaux

Resp. 1 : Resp. 2 :

Adresse :

Tel. : mail :

Je sollicite l'accès au dispositif d'Apadhe pour l'élève mentionné(e) ci-dessus.

Date : Signatures des responsables légaux :



2. Réservé à l'école ou l'établissement scolaire

Établissement scolaire : Commune :

Chef(fe) d'établissement :

Personne référente : Tél.

Mail :

Projet pédagogique envisagé, dispositifs associés, rôle et place du professeur principal ou de l'enseignant :

Date : Signature du(de la) chef(fe) d'établissement :

3. Avis du médecin de l'Éducation Nationale et/ou du médecin ct de l'IA-DASEN

Favorable : ☐ Défavorable : ☐ Conditions :

Nom :

Lieu d'intervention : A réévaluer le cas échéant le :

Date : Signature :

4. Modalités de l'APADHE accordé par la coordonnatrice de l'APADHE

Coordonnatrice de l'APADHE Mme CHERON APADHE73@ac-grenoble.fr

Volume horaire total :