ACADÉMIE DE GRENOBLE
Liberté
Égalité
Fraternité

Direction des services départementaux de l'éducation nationale de la Savoie

CONFIDENTIEL

APADHE – Renseignements médicaux –

Accompagnement **P**édagogique **A** **D**omicile à l'**H**ôpital ou à l'**E**cole

A destination du Médecin Conseiller Technique

Document à faire remplir par le **médecin** et à envoyer par courrier au Dr Fontaine par courriel à caroline.fontaine@ac-grenoble.fr ou sous pli cacheté adressé à **Madame le médecin conseiller technique** – DSDEN de la Savoie – 131 avenue de Lyon -73000 CHAMBERY

NOM :…….. **Prénom** : ……

Date de naissance : …../……../……

Adresse de la famille : ……

……

Téléphone : …… / ……..

Ecole /établissement scolaire : ……

Classe : ……..

INAPTITUDE à la scolarité pour raisons médicales :

DATE du début de l'inaptitude : ……

DUREE prévisible de l'absence à l'école : ……

DIAGNOSTIC :……

NATURE des soins <u>actuels</u> :……

NOM du médecin : ……..

Date : Signature :