

Date de la demande : PREMIÈRE DEMANDE PROLONGATION

Élève Fille Garçon

NOM : Prénom : né(e) le :

Adresse :

Parents ou responsable légal

	Père	Mère
Nom et Prénom		
Téléphone		
Mail		
Adresse		

Hospitalisation OUI NON Si oui, nom de l'hôpital :

SAPAD demandé à partir du : Durée estimée :

Signature des parents ou du responsable légal précédée de la mention « Pour accord »

Etablissement scolaire : **Classe** :

Adresse : **Tel** : ... / ... / ... / ... /

Personne à contacter pour organiser la mise en place du SAPAD (Chef d'établissement, CPE, professeur principal, etc...)

Nom : **Prénom** : **Fonction** :

Mail :

Signature du directeur ou du chef d'établissement :

Joindre à cette demande un **certificat médical détaillé** sous enveloppe cachetée et adresser l'ensemble à :

DSDEN LOIRE
Madame le médecin conseiller technique
9, 11 rue des docteurs Charcot
42 023 Saint-Etienne
ce.ia42-ssanelv@ac-lyon.fr

Avis du médecin conseiller technique

FAVORABLE DÉFAVORABLE

SAPAD accordé du au

Observations :

Saint-Etienne, le

Docteur Christine EGAUD
Médecin conseiller technique du directeur académique