|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| C:\Users\ceudier\Desktop\42_logoDSDEN_69_acLYON.jpg | **Accompagnement pédagogique**  **à domicile, à l’hôpital ou à l’école**  **Apadhe** |  |

**Demande d’Accompagnement pédagogique**

Date de la demande :       PREMIERE DEMANDE  PROLONGATION

**Pour l’élève** **NOM:**      **Prénom :**

né(e) le :       Adresse : 

      Classe :

**Identité et coordonnées des parents ou du responsable légal**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Père** | **Mère** |
| Nom |  |  |
| Téléphone |  |  |
| Mél |  |  |

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

Apadhe demandé à partir du :      Durée estimée:

***Signature des parents ou du responsable légal précédée de la mention :* « pour accord »**

Etablissement scolaire :

Adresse : 

      Tél :

**Nom et signature du chef d’établissement ou du directeur:**

Mél :

*Envoyer cette demande de préférence* ***par courrier électronique au médecin conseiller technique:*** [***ce.ia69-medecinct@ac-lyon.fr***](mailto:ce.ia69-medecinct@ac-lyon.fr)

*ou l’adresser à :****Direction des Services Départementaux de l’Education Nationale du Rhône***

***A l’attention du médecin conseiller technique***

***21 rue Jaboulay - 69309 LYON CEDEX 07***

***Un certificat médical détaillé doit également être adressé au médecin conseiller technique*** *soit par les parents ou directement par le médecin qui l’a rédigé (de préférence par courrier électronique)*

**Avis du Médecin conseiller technique adjoint**

## Favorable Défavorable

Apadhe accordé du ……………………….. ………………..au …………………………………………………….

Observations : ………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………….

Lyon, le …………………………….. **Dr LEROUX Marie-Laure**