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

**Certificat médical - Apadhe**

*certificat à retourner par mél ou sous pli cacheté à l’adresse suivante :*

DSDEN du Rhône

Service de promotion de la santé en faveur des élèves

21 rue Jaboulay - 69007 LYON

Affaire suivie par : médecin conseiller technique adjoint

Service Promotion de la santé en faveur des élèves

Tél : 04 72 80 69 72 ou 04 72 80 69 80

ce.ia69-medecinct@ac-lyon.fr

 **Certificat médical** [ ]  inital [ ]  prolongation

**L’élève**

Nom :  Prénom :

né (e) le : Nom responsables légaux :

Tél :  mél :

**Maladie actuelle**

Nature de l’affection/diagnostic de la maladie :

L’enfant vient-il d’être opéré ? [ ]  Non [ ]  Oui si oui préciser :

L’enfant vient-il d’être hospitalisé ? [ ]  Non [ ]  Oui si oui préciser :

L’enfant suit-il un traitement médicamenteux ? [ ]  Non [ ] Oui si oui préciser :

Renseigner les soins spécifiques et/ou prises en charge adaptées qui sont mis en place ?

**Conditions de mise en place du dispositif Apadhe**

L’enfant est-il contraint à une obligation de rester à domicile ? [ ]  Non [ ]  Oui si oui préciser :

Quelle est la durée estimée de l’Apadhe ?

Nom du médecin signataire de ce certificat :

Tél :  Mél :

Date :  Signature et cachet :