ACADÉMIE DE LYON *Liberté Égalité Fraternité* Direction des services départementaux de l'éducation nationale du Rhône	**DEMANDE d'APADHE** **Accompagnement Pédagogique** **A Domicile, à l'Hôpital ou à l'École** **(à renseigner uniquement sous format numérique : NE PAS IMPRIMER)**	Année scolaire 20 ☐ / 20 ☐

NOM et PRÉNOM de L'INITIATEUR DE LA DEMANDE :

DATE DE LA DEMANDE :

ÉLÈVE concerné par la demande d'APADHE :

NOM : **PRÉNOM :** **Sexe :** G ☐ F ☐

Né(e) le : **Classe de l'élève :**

ADRESSE DOMICILE :

L'élève a déjà bénéficié d'un dispositif APADHE l'année antérieure : OUI ☐ NON ☐

Identité et coordonnées des parents ou du responsable légal (à compléter par la famille) :

	Parent 1	**Parent 2**
NOM		
TÉLÉPHONE		
MAIL		

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

APADHE demandé à partir du : Durée estimée:

Je certifie l'exactitude des éléments ci-dessus et indique que, le cas échéant, les deux parents valident cette demande ☐

NOM: **Prénom :**

Informations relatives à la scolarité (à compléter par l'établissement de l'élève) :

Établissement scolaire : Commune : TEL : Mail : Numéro UAI **:**	PAI : OUI ☐ NON ☐ PPS (notification MDPH en cours) : OUI ☐ NON ☐ ***« LU ET APPROUVÉ»*** **:** OUI ☐ NON ☐ **NOM et PRÉNOM du chef d'établissement** :

---

*Envoyer cette demande **par courrier électronique au médecin conseiller technique:***
ce.ia69-medecinct@ac-lyon.fr
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 (par courrier électronique à la même adresse)*

Avis du médecin conseiller technique adjoint Favorable ☐ Défavorable ☐

APADHE accordé du au

Observations :

TED-i proposé : OUI ☐ NON ☐

LYON, le , , médecin conseiller technique adjoint.