

Formulaire de demande d'APADHE
Accompagnement Pédagogique
A Domicile, à l'Hôpital ou à l'École

Année scolaire
202 /20

Date de la demande : PREMIERE DEMANDE PROLONGATION
 Votre enfant a déjà bénéficié d'un dispositif APADHE l'année antérieure : OUI NON

Pour l'élève **NOM:** Prénom : Sexe : G F

Né(e) le Adresse :

Classe de l'élève :

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

	Parent 1	Parent 2
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 »

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

Etablissement scolaire :	PAI : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Adresse :	PPS (notification MDPH en cours) : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Tél :	Nom et signature du chef d'établissement :
Mél :	

Envoyer cette demande de préférence **par courrier électronique au médecin conseiller technique:**

ce.ia69-medecin@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 / /20 au / /20

Observations :

Lyon, le / /20

Avis du Médecin conseiller technique :