Bulletin officiel n° 32 du 27-8-2020 **Annexe - Fiche de demande pour un APADHE**

**----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**Demande APADHE**

☐ Initiale ☐ Renouvellement

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **À remplir par les responsables légaux (ou référent ASE)** | | |
| Nom/Prénom de l’élève : | | Date de Naissance : |
| Nom/Prénom du responsable légal / des responsables légaux : | | |
| Adresse (père) :  Adresse (mère) : | Téléphone (père) : Téléphone (mère) :  Courriel (père) : Courriel (mère) : | |

Je sollicite / nous sollicitons l’accès au dispositif d’APADHE pour l’élève mentionné ci-dessus.

Date et signature des responsables légaux :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Réservé à l’école ou à l’établissement scolaire** | | |
| Établissement Scolaire : | Commune : | |
| Directeur d’école ou chef d’établissement : | | Classe : |
| Personne référente à contacter à l’école ou dans l’établissement scolaire :  Téléphone : @ :  Nom et coordonnées du médecin de l’éducation nationale : | | |
| Besoins pédagogiques de l’élève  Projet pédagogique envisagé et dispositifs associés | | |
| Date et signature du directeur d’école ou du chef d’établissement | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Modalités **APADHE** accordé du ……………………… au ………………………. | |
| Discipline | Heure/semaine |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Lieu d’intervention : | Volume horaire total : |
| **À réévaluer le cas échéant le :** | |

|  |
| --- |
| Avis du médecin de l’éducation nationale et / ou du médecin CT de l’IA-DASEN : |
| Favorable ☐ Défavorable ☐ Conditions : |
| Nom, Date et Signature : |
| Coordonnatrice APADHE  Véronique COMPAGNON - APADHE – DSDEN39 - 335 rue Ragmey – 39000 LONS-LE-SAUNIER |
| Téléphone : 03 84 87 27 41 Courriel : apadhe39@ac-besancon.fr |

© Ministère de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et des Sports > www.education.gouv.fr