

Signature:

Direction des services départementaux de l'éducation nationale des Pyrénées-Atlantiques

· SAPADHE 64 ·

Service d'Accompagnement Pédagogique À Domicile à l'Hôpital ou à l'École

Demande d'APADHE

A compléter par les responsables légaux Responsables Prénom Date de naissance	Fraternité			_
Nom	Les	☐ Première demande	□ Prolongation	
Responsables Prénom: Courriel: @ Téléphones: Adresse: Je sollicite 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: Classe fréquentée: Directeur d'école ou chef d'établissement: Personne référente à contacter: Téléphone: Mail: Médecin scolaire: Date et signature du directeur d'école ou du chef d'établissement: Cette demande doit être accompagnée d'un certificat médical détaillé sous enveloppe cachetée et être adressée à: SAPADHE 64 S rue de l'Enfant Jésus 64000 PAU Avis du médecin de l'éducation nationale et/ou du médecin ct de l'ia-dasen Avis favorable Avis défavorable Motif: Conditions:	ta solidarité en action Elève —			
Courriel:	Nom	Prénom :	Date de naissance :	
Adresse : Je sollicite 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 : Classe fréquentée : Directeur d'école ou chef d'établissement : Personne référente à contacter : Téléphone : Mail : Médecin scolaire : Date et signature du directeur d'école ou du chef d'établissement : Cette demande doit être accompagnée d'un certificat médical détaillé sous enveloppe cachetée et être adressée à : SAPADHE 64 5 rue de l'Enfant Jésus 64000 PAU Avis du médecin de l'éducation nationale et/ou du médecin ct de l'ia-dasen Avis favorable Avis défavorable Motif : Conditions :	<u>Responsables</u>	P	rénom :	
Je sollicite 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 : Classe fréquentée : Directeur d'école ou chef d'établissement : Personne référente à contacter : Téléphone : Mail : Médecin scolaire : Date et signature du directeur d'école ou du chef d'établissement : Cette demande doit être accompagnée d'un certificat médical détaillé sous enveloppe cachetée et être adressée à : SAPADHE 64 5 rue de l'Enfant Jésus 64000 PAU Avis du médecin de l'éducation nationale et/ou du médecin ct de l'ia-dasen Avis favorable Avis défavorable Motif : Conditions :	Courriel: @	Téléph	iones:	
Date et signature des responsables légaux : Réservé à l'école ou à l'établissement scolaire	Adresse :			
Établissement scolaire : Commune : Classe fréquentée : Directeur d'école ou chef d'établissement : Personne référente à contacter : Téléphone : Mail : Médecin scolaire : Date et signature du directeur d'école ou du chef d'établissement : Cette demande doit être accompagnée d'un certificat médical détaillé sous enveloppe cachetée et être adressée à : SAPADHE 64 5 rue de l'Enfant Jésus 64000 PAU Avis du médecin de l'éducation nationale et/ou du médecin ct de l'ia-dasen Avis favorable Avis défavorable Motif : Conditions :	·	ADHE pour l'élève mention		
Classe fréquentée : Directeur d'école ou chef d'établissement : Personne référente à contacter : Téléphone : Mail : Médecin scolaire : Date et signature du directeur d'école ou du chef d'établissement : Cette demande doit être accompagnée d'un certificat médical détaillé sous enveloppe cachetée et être adressée à : SAPADHE 64 5 rue de l'Enfant Jésus 64000 PAU Avis du médecin de l'éducation nationale et/ou du médecin ct de l'ia-dasen Avis favorable Avis défavorable Motif : Conditions :	Ē	léservé à l'école ou à l'état	olissement scolaire	
Personne référente à contacter : Téléphone : Mail : Médecin scolaire : Date et signature du directeur d'école ou du chef d'établissement : Cette demande doit être accompagnée d'un certificat médical détaillé sous enveloppe cachetée et être adressée à : SAPADHE 64 5 rue de l'Enfant Jésus 64000 PAU Avis du médecin de l'éducation nationale et/ou du médecin ct de l'ia-dasen Avis favorable Avis défavorable Motif : Conditions :	Établissement scolaire :		Commune :	
Téléphone: Mail: Médecin scolaire: Date et signature du directeur d'école ou du chef d'établissement: Cette demande doit être accompagnée d'un certificat médical détaillé sous enveloppe cachetée et être adressée à : SAPADHE 64 5 rue de l'Enfant Jésus 64000 PAU Avis du médecin de l'éducation nationale et/ou du médecin ct de l'ia-dasen Avis favorable	Classe fréquentée : Di	recteur d'école ou chef d'é	établissement :	
Médecin scolaire : Date et signature du directeur d'école ou du chef d'établissement : Cette demande doit être accompagnée d'un certificat médical détaillé sous enveloppe cachetée et être adressée à : SAPADHE 64 5 rue de l'Enfant Jésus 64000 PAU Avis du médecin de l'éducation nationale et/ou du médecin ct de l'ia-dasen Avis favorable Avis défavorable Motif : Conditions :	Personne référente à contacter :			
Date et signature du directeur d'école ou du chef d'établissement : Cette demande doit être accompagnée d'un certificat médical détaillé sous enveloppe cachetée et être adressée à : SAPADHE 64 5 rue de l'Enfant Jésus 64000 PAU Avis du médecin de l'éducation nationale et/ou du médecin ct de l'ia-dasen Avis favorable	Téléphone :	Mail	:	
Cette demande doit être accompagnée d'un certificat médical détaillé sous enveloppe cachetée et être adressée à : SAPADHE 64 5 rue de l'Enfant Jésus 64000 PAU Avis du médecin de l'éducation nationale et/ou du médecin ct de l'ia-dasen Avis favorable	Médecin scolaire :			
SAPADHE 64 5 rue de l'Enfant Jésus 64000 PAU Avis du médecin de l'éducation nationale et/ou du médecin ct de l'ia-dasen Reserve DSA Avis favorable	Date et signature du directeur d'écc	le ou du chef d'établissem	ent :	
SAPADHE 64 5 rue de l'Enfant Jésus 64000 PAU Avis du médecin de l'éducation nationale et/ou du médecin ct de l'ia-dasen Reserve DSA Avis favorable				
Avis favorable Avis défavorable Motif: Conditions:	Cette demande doit être accompagi	SAPADHE 6	54	être adressée à :
	Avis du médecin	de l'éducation nationale e	et/ou du médecin ct de l'ia-dasen	Res
Fait lo Transmis lo	Avis favorable Avis défav	orable	Conditions :	reservé ost
	Fait le		Transmis le	

Contact : Estelle BAILLARGEAU Coordonnatrice · SAPADHE 64 · Tél : 06.25.35.61.03 Courriel : sapad64@pep64.org

Famille □

Coordonnateur SAPAD □