



**ACADÉMIE
DE MONTPELLIER**

Liberté
Égalité
Fraternité

Direction des services départementaux
de l'éducation nationale
de l'Aude



Service départemental de l'école inclusive
APADHE de l'Aude

Mél : apadhe11@ac-montpellier.fr

**FICHE DE DEMANDE POUR LA MISE EN PLACE D'UN
ACCOMPAGNEMENT PÉDAGOGIQUE À DOMICILE, À L'HÔPITAL OU À L'ÉCOLE**

BULLETIN OFFICIEL N° 32 DU 27-8-2020

Rappel des étapes de transmission de la demande d'APADHE

1° Les responsables légaux remplissent la fiche et la remettent à l'école/l'établissement.

2° L'école/l'établissement complète la demande et la retourne par mail (santesocial11@ac-montpellier.fr) au service santé-social de la DSDEN de l'Aude. **Le certificat médical est à envoyer sous pli confidentiel à :** Médecin conseiller technique de la DSDEN, 67 rue Antoine Marty, CS 4084, 11000 Carcassonne.

3° Après avis, la coordination départementale APADHE contacte la famille et les différents acteurs concernés pour proposer un projet d'accompagnement.

Coordination APADHE : apadhe11@ac-montpellier.fr

Demande : Initiale Renouvellement Prolongation

Cadre à compléter par les responsables légaux (ou référent ASE)

NOM et Prénom de l'élève :		Date de naissance : ... / ... / ...	
NOM et Prénom du responsable légal :		NOM et Prénom du responsable légal :	
Adresse :		Adresse :	
Téléphone :		Téléphone :	
Courriel :		Courriel :	

Je sollicite l'accès au dispositif APADHE pour l'élève mentionné ci-dessus.

Date et signatures des responsables légaux :

Cadre réservé à l'école / l'établissement scolaire

Établissement Scolaire :	Commune :
Directeur d'école ou chef d'établissement :	Classe :
Personne référente à contacter dans l'école / l'établissement scolaire :	
Téléphone :	
Courriel :	
Nom et coordonnées du médecin de l'Éducation nationale	
Projet pédagogique envisagé et dispositifs associés	
Il est possible de déployer un robot de téléprésence dédié en complément d'une intervention humaine à domicile. Y êtes-vous favorable ? : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Absence de l'élève dans l'établissement du ... / ... / ... au ... / ... / ... APADHE proposé du ... / ... / ... au ... / ... / ...	
Discipline	Heure/semaine
Lieu d'intervention :	Volume horaire total :
À réévaluer le cas échéant le : ... / ... / ...	
Date et signature du directeur d'école ou du chef d'établissement	

AVIS DU MÉDECIN CONSEILLER TECHNIQUE DE L'IA-DASEN

<input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable
Conditions :
Nom, date et signature