

Aide pédagogique aux enfants malades ou accidentés de l'Hérault

Réf : Circulaire du 03/08/2020  
BO N°32

Demande d'Accompagnement  
Pédagogique A Domicile à  
l'Hôpital ou à l'Ecole

A COMPLÉTER, SIGNER ET RETOURNER AU SERVICE APADHE

Élève :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Classe : \_\_\_\_\_ Enseignant principal : \_\_\_\_\_  
Nom et prénom du représentant légal : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Établissement :

Établissement scolaire : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
Mail : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_  
Nom du directeur / chef d'établissement : \_\_\_\_\_  
Nom du médecin scolaire de secteur : \_\_\_\_\_

Motif de la demande :

Maladie  ou Accident

Médecin référent : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_  
Début de l'absence scolaire : le \_\_\_\_\_  
Durée prévisible de l'accompagnement pédagogique : \_\_\_\_\_

Joindre un certificat médical sous pli à l'attention du Médecin Conseiller Technique auprès de l'IA-DASEN

Aide pédagogique souhaitée :

Matières : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fait à : \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_  
Signature du représentant légal :



ADPEP 34 – SAPADHE  
21 rue Jean Giroux  
CS 27380  
34184 MONTPELLIER CEDEX  
Tél : 06 10 83 25 49  
Mail : sapadhe@adpep34.org