

Demande d'APADHE – Année scolaire 2022-2023

Les responsables légaux ou élève majeur transmettent au chef d'établissement ou au directeur d'école la demande d'APADHE constituée de 2 pages et **le certificat médical** circonstancié du médecin qui suit l'élève au titre de cette demande d'APADHE sous pli cacheté et à destination du médecin de l'Éducation nationale.

1 PARTIE À REMPLIR PAR LES RESPONSABLES LÉGAUX OU ÉLÈVE MAJEUR

Élève	Nom	Prénom
Date de naissance	☐ F ☐ M	
Établissement scolaire :		Ville :
☐ Public		☐ Privé sous contrat
☐ École ☐ Collège ☐ Lycée		
Classe :		
Responsable légal	Nom	Prénom
Adresse		
..... Code postal Ville :		
Téléphone Mail		
Responsable légal	Nom	Prénom
Adresse		
..... Code postal Ville :		
Téléphone Mail		
Assurance de l'élève	Coordonnées :	

L'APADHE (Accompagnement Pédagogique A Domicile à l'Hôpital ou à l'École) est un service de l'Éducation nationale gratuit pour les familles. Il peut être sollicité de la maternelle au lycée.

Les cours d'APADHE sont destinés aux élèves malades ou accidentés, absents de leur établissement scolaire public ou privé sous contrat depuis deux semaines. Les cours d'APADHE interviennent pendant l'interruption de scolarité.

La présence d'un adulte est obligatoire pendant les cours d'APADHE dispensés à l'élève.

Les conditions doivent être les plus sereines possibles pour l'élève comme pour le professeur, c'est-à-dire un lieu calme et propice au travail.

Les jours et heures des cours APADHE sont déterminés à l'avance par accord entre l'enseignant et le responsable légal.

En cas de modification de dates ou horaires en fonction de l'état de santé de l'élève, l'enseignant doit être averti au plus tôt.

Le relevé d'heures est signé par le responsable légal pour les cours à domicile ou le chef d'établissement ou directeur d'école pour les cours dans l'établissement scolaire et par l'enseignant lui-même, après le service fait.

J'ai pris connaissance du fonctionnement de l'APADHE et je m'engage à le respecter.

À Le

Signature du ou des responsables légaux :

(Page réservée à l'Administration)

2

PARTIE À REMPLIR PAR L'ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE

Établissement scolaire : **Ville :**

☐ Public ☐ Privé sous contrat ☐ École ☐ Collège ☐ Lycée

Personne de l'établissement à contacter : M ou Mme

☐ Directeur d'Ecole ☐ Principal ☐ Principal Adjoint ☐ Proviseur ☐ Proviseur Adjoint

☐ Autre, Fonction :

Téléphone : ou Mail :

Professeur Principal / Enseignant de la classe :

Mail : Téléphone :

L'élève bénéficie-t-il d'un ☐ **PAI** (Projet d'Accueil Individualisé) ☐ **PPRE** (Programme Personnalisé de Réussite Educative)

☐ **PAP** (Plan d'Accompagnement Personnalisé) ☐ **PPS** (Projet Personnalisé de Scolarisation)

Chef d'établissement / Directeur : **Signature et Cachet**

Avis favorable ☐ **Avis défavorable** ☐ **Date :**

3

PARTIE À REMPLIR PAR LE MÉDECIN DE L'ÉDUCATION NATIONALE

Motif de la demande : ☐ Accident ☐ Maladie **Certificat médical joint :** ☐ Oui ☐ Non

Durée prévisible de l'interruption de la scolarité du au

Docteur : **Signature et Cachet**

Avis favorable ☐ **Avis défavorable** ☐ **Date :**

4

LE CAS ÉCHÉANT, PARTIE À REMPLIR PAR L'UNITÉ D'ENSEIGNEMENT DES HÔPITAUX

Hôpital : **Signature et Cachet**

Médecin hospitalier **Date :**

Enseignant hospitalier

AVIS DU MÉDECIN CONSEILLER TECHNIQUE DE L'INSPECTEUR D'ACADÉMIE, DASEN

Avis favorable ☐ **Avis défavorable** ☐ **Date**
Le médecin conseiller technique de l'inspecteur d'académie

☐ Pour mois

Dr Nicole CASTELA

DÉCISION DE L'INSPECTEUR D'ACADÉMIE, DIRECTEUR ACADÉMIQUE DES SERVICES DE L'ÉDUCATION NATIONALE

Avis favorable ☐ **Avis défavorable** ☐ **Date**
L'inspecteur d'académie,
directeur académique des services de l'Education nationale

☐ Pour mois

Laurent LE MERCIER