

Demande d'APADHE – Année scolaire 2025-2026

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
ETABLISSEMENT : ☐ École ☐ Collège ☐ Lycée CLASSE : ☐ Public ☐ Privé sous contrat Nom de l'établissement : Ville :		
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'Ecole) 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 demande d'APADHE est validée au maximum pour 3 mois. Elle pourra être renouvelée suivant le dossier.

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) - Année scolaire 2025-2026

2

PARTIE À REMPLIR PAR L'ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE ☐ 1^{ère} demande ☐ Renouvellement

NOM et Prénom de l'élève :

Établissement scolaire : **Ville :**

☐ Public ☐ Privé sous contrat ☐ École ☐ Collège ☐ Lycée **Classe :**

Personne de l'établissement à contacter : M ou Mme

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

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 : **Date :**

Avis favorable ☐

Avis défavorable ☐

Signature et Cachet

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 (3 mois maximum renouvelable suivant dossier)**

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**

Laurent LE MERCIER