



N° de dossier : _____

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCOMPAGNEMENT PEDAGOGIQUE
A DOMICILE A L'HOPITAL OU A L'ECOLE
(APADHE)
Année scolaire 2023-2024**

A adresser par courriel : dsden50-desco4@ac-normandie.fr et dsden50-apadhe@ac-normandie.fr

Contact : Evelyne BEAUMONT- ☎ : 02.33.06.92.98

Marie LEPRIEUR – ☎ 02.50.28.71.52

UAI de l'établissement ou de l'école : 050 _____

Nom de l'établissement ou école
Adresse et coordonnées téléphoniques :

DEMANDE Initiale Renouvellement

NOM/Prénom de l'enfant

Date de naissance :

Classe de l'élève :

Nom et prénom des responsables légaux
Adresse et coordonnées téléphoniques :



N° de dossier : _____

Nom du médecin traitant
et coordonnées téléphoniques :

Durée estimée de l'absence
(éventuellement préciser les dates) :

Le certificat médical est à envoyer au médecin conseil du rectorat, le docteur Vial, par courriel (medecin-eleves@ac-normandie.fr) ou par courrier sous pli confidentiel

L'élève est il bénéficiaire:

| | | | | | |
|---------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|----------------------|
| Une assurance scolaire | non | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | Nom de l'organisme : |
| Une mutuelle | non | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | Nom de l'organisme : |
| Une responsabilité civile | non | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | Nom de l'organisme : |

La famille de l'élève dispose-t-elle

| | | | | |
|--------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| d'un ordinateur | non | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> |
| d'une web-cam | non | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> |
| d'une connexion Internet | non | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> |

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

Date et signature des responsables légaux :



N° de dossier : _____

Projet pédagogique envisagé
et dispositif associé :

Demande de mise en place d'un robot TED-I : oui non

Nombres d'heures hebdomadaires souhaitées :

| Disciplines | Nb d'heures | Nom et prénom des enseignants * | |
|---|-------------|--|-------------------------|
| | | De l'établissement | D'autres établissements |
| | | | |
| Total hebdomadaire | | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> * Il appartient au chef d'établissement ou au directeur d'école de rechercher des professeurs volontaires. </div> | |
| Total pour toute la durée de l'assistance | | | |

Personnel référent pour l'élève :

Date :

Nom et signature du chef
d'établissement ou du directeur
d'école



**DECISION DU MEDECIN CONSEILLER DU DIRECTEUR ACADEMIQUE DES SERVICES DE
L'ÉDUCATION NATIONALE DE LA MANCHE**

Autorise : oui non

Si non, motiver et préciser :

Date et signature :

AVIS DU COORDONNATEUR DEPARTEMENTAL DE L'APADHE

Sur le projet pédagogique et l'adéquation entre la demande et les moyens : oui non

Si non, motiver et préciser :

Date et signature :

ATTRIBUTION DES MOYENS

Moyens attribués
Nombre d'heures hebdomadaires:

Date et signature :