

Demande APADHE

Initiale Renouvellement

A remplir par les responsables légaux (ou référent ASE)

Nom/prénom de l'élève :	Date de naissance :
Nom et prénom du responsable légal :	
Adresse :	
Téléphone :	@ :

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

Date et signature des responsables légaux :

Réservé à l'école ou à l'établissement scolaire

Établissement Scolaire :	Commune :
Directeur d'école ou chef d'établissement :	Classe :
Personne référente à contacter à l'école ou dans l'établissement scolaire :	
Téléphone :	@ :
Nom et coordonnées du médecin de l'éducation nationale :	
Projet pédagogique envisagé et dispositifs associés :	
PAI avec aménagement emploi du temps : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

Date et signature du directeur d'école/chef d'établissement :

Modalités

Apadhe accordé du au

Discipline	Heure/semaine
Lieu d'intervention :	Volume horaire total :
À réévaluer le cas échéant le :	

Avis du médecin CT de l'IA-DASEN

Favorable <input type="checkbox"/>	Défavorable <input type="checkbox"/>	Conditions :
Nom, Date et Signature :		
Coordonnateur Apadhe		
David IMBERT		
Tel : 06 01 92 98 95		ce.apadhe04@ac-aix-marseille.fr