**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 □ non □ | |

**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 ☐ Défavorable ☐ Conditions :  Nom, Date et Signature : | |
| **Coordonnateur Apadhe** | |
| David IMBERT  Tel : 06 01 92 98 95 ce.apadhe04@ac-aix-marseille.fr | |