|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Fiche de renseignements du professeur volontaire *Doc. 3* |  |

*Envoi de la fiche lisiblement complétée par mail*

Mme / M :       Prénom :

Fonction :       Grade :

Adresse :

Téléphone :       /

Mél :      @

**Établissement scolaire de rattachement :**

me porte volontaire pour intervenir dans le cadre de l’APADHE et permettre à l’élève       de poursuivre des apprentissages scolaires.

***Fonctionnement administratif :***

* *Vous* ***attendez la réception de votre ordre de mission*** *et de l’attribution d’heures* ***pour commencer*** *les cours. Les heures attribuées à l’élève ne peuvent être dépassées pour la période concernée.*
* *Vous* ***renvoyez à la coordonnatrice de l’APADHE*** *le doc 7 qui vous aura été transmis, rempli et signé,* ***à la fin de chaque mois****, même si le nombre d’heures effectuées est inférieur à l’attribution. Seul le retour de ce document permet de déclencher de nouvelles heures et le paiement des heures effectuées.*
* *Le paiement des indemnités se fera mensuellement.*

***Fonctionnement pédagogique :***

* *Si vous n’êtes pas l’enseignant de la classe de l’élève, il semble important d’établir un contact avec l’enseignant pour un travail en collaboration. L’élève reste inscrit dans son établissement d’origine et sous la responsabilité pédagogique des professeurs de sa classe.*
* *Vous prenez contact directement avec les parents (coordonnées sur l’ordre de mission) pour définir le calendrier de vos interventions, et prévenez la famille en cas d’empêchement.*
* *Vous entrez comme professionnel dans la sphère familiale, impactée par un évènement médical et un lieu inhabituel d’exercice. Demandez à travailler dans un lieu calme sans être perturbé par l’entourage familial. Sollicitez la présence d’un adulte responsable dans le domicile lors des interventions.*
* *Considérez les enfants malades comme des élèves comme les autres, en ayant des exigences tout en étant attentif à leur fatigabilité et à leur souffrance.*
* *Vous transmettez à la coordonnatrice toutes les informations utiles pour l’ajustement du projet (réussites, difficultés, impossibilité, arrêt, etc…), ainsi qu’un bilan en fin de prise en charge.*

J’ai pris connaissance du fonctionnement de l’APADHE et j’accepte le contrat proposé.

Fait à       ,le

Signature :

*La coordonnatrice de l’APADHE est à votre disposition pour toute information complémentaire.*