



APADHE Polynésie

Demande d'Accompagnement Pédagogique À Domicile, à l'Hôpital ou à l'École



Dossier N° :

Première demande

Reconduction

1. À remplir par le responsable légal :

ÉLÈVE :

NOM : Prénom : Fille Garçon

Date de naissance : Classe :

NOM, Prénom du responsable légal :

Adresse complète :

Téléphone : Mél :

Scolarité interrompue le : Durée prévisible :

Médecin traitant ou spécialiste : Téléphone : commune :

Je sollicite l'accompagnement APADHE pour l'enfant /le jeune mentionné ci-dessus.

Je joins un certificat médical justificatif.

Fait à le

Signature du responsable légal :

2. À remplir par l'école ou l'établissement scolaire :

Établissement scolaire : Commune

Personne de l'établissement à contacter : Fonction :

Téléphone : Mél :

Ou

Professeur Principal / enseignant de la classe :

Téléphone : Mél :

L'élève bénéficie-t-il d'un :

PAI Oui Non PPRE Oui Non PAP Oui Non PPS Oui Non

Projet pédagogique envisagé :

Proposition d'un enseignant volontaire de l'équipe pédagogique, ou de l'établissement :

NOM : Prénom :

Téléphone : Mél :

Fait à le

Signature du directeur ou du chef d'établissement :