|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Certificat médical en vue d’une demande d’APADHE  *Doc. 2* |  |

*(L’utilisation de ce document est facultative si le certificat médical établi*

*indique toutes les indications mentionnées ci-dessous.)*

Je soussigné(e)

certifie que l’enfant       né(e) le

ne peut être scolarisé(e) pour une période allant du       au

et peut bénéficier de l’intervention d’un enseignant à domicile.

**Raisons de l’absence et préconisations éventuelles à observer :**

|  |
| --- |
|  |

Fait à       , le

Signature et tampon du médecin :

*La coordonnatrice du dispositif APADHE est à votre disposition pour toute information complémentaire.*