



**ACADÉMIE
DE MONTPELLIER**

Liberté
Égalité
Fraternité

Direction des services départementaux
de l'éducation nationale
de l'Aude



Service départemental de l'école inclusive
APADHE de l'Aude

Mél : apadhe11@ac-montpellier.fr

**FICHE DE DEMANDE POUR LA MISE EN PLACE D'UN
ACCOMPAGNEMENT PÉDAGOGIQUE À DOMICILE, À L'HÔPITAL OU À L'ÉCOLE**

BULLETIN OFFICIEL N° 32 DU 27-8-2020

Rappel des étapes de transmission de la demande d'APADHE

1° Les responsables légaux remplissent la fiche et la remettent à l'école/l'établissement.

2° L'école/l'établissement complète la demande et la retourne par mail (santesocial11@ac-montpellier.fr) au service santé-social de la DSDEN de l'Aude. **Le certificat médical est à envoyer sous pli confidentiel à :** Médecin conseiller technique de la DSDEN, 67 rue Antoine Marty, CS 4084, 11000 Carcassonne.

3° Après avis, la coordination départementale APADHE contacte la famille et les différents acteurs concernés pour proposer un projet d'accompagnement.

Coordination APADHE : apadhe11@ac-montpellier.fr

Demande : Initiale Renouvellement Prolongation

Cadre à compléter par les responsables légaux (ou référent ASE)

| | | | |
|--------------------------------------|--|--------------------------------------|--|
| NOM et Prénom de l'élève : | | Date de naissance : ... / ... / ... | |
| NOM et Prénom du responsable légal : | | NOM et Prénom du responsable légal : | |
| Adresse : | | Adresse : | |
| Téléphone : | | Téléphone : | |
| Courriel : | | Courriel : | |

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

Date et signatures des responsables légaux :

Cadre réservé à l'école / l'établissement scolaire

| | |
|---|------------------------|
| Établissement Scolaire : | Commune : |
| Directeur d'école ou chef d'établissement : | Classe : |
| Personne référente à contacter dans l'école / l'établissement scolaire : | |
| Téléphone : | |
| Courriel : | |
| Nom et coordonnées du médecin de l'Éducation nationale | |
| Projet pédagogique envisagé et dispositifs associés | |
| Il est possible de déployer un robot de téléprésence dédié en complément d'une intervention humaine à domicile. Y êtes-vous favorable ? : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| Absence de l'élève dans l'établissement du ... / ... / ... au ... / ... / ... APADHE proposé du ... / ... / ... au ... / ... / ... | |
| Discipline | Heure/semaine |
| | |
| | |
| | |
| | |
| Lieu d'intervention : | Volume horaire total : |
| À réévaluer le cas échéant le : ... / ... / ... | |
| Date et signature du directeur d'école ou du chef d'établissement | |

AVIS DU MÉDECIN CONSEILLER TECHNIQUE DE L'IA-DASEN

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable |
| Conditions : |
| Nom, date et signature |