

DEMANDE D'ASSISTANCE PEDAGOGIQUE À DOMICILE auprès du SAPAD 62

LES PARENTS DE L'ÉLÈVE (OU RESPONSABLES LEGAUX) :

Merci de compléter ce cadre le plus lisiblement possible et en particulier veiller à ce qu'il n'y ait aucune confusion possible sur les chiffres.

M. Mme NOM : Prénom :

Adresse : Code Postal :

Ville :

Tél domicile : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ Portable : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Mail : @

La présence au domicile d'un adulte responsable de l'élève est-elle possible ? : Oui Non

L'ÉLÈVE :

NOM : Prénom : Sexe : M F

Motif de l'absence : Accident Maladie Autre, **à préciser** :

Durée prévisible de l'absence : ____ semaines, du au

L'élève relève-t-il des services de la MDPH ? Oui Non **Date de naissance** : / /

Coordonnées du médecin traitant : Docteur Tél : / / /

Assurance scolaire de l'élève : **SI** MAE type de contrat : Scolaire Scolaire+ 24 24+ **OU** MAIF

Je soussigné(e), demande l'intervention SAPAD 62 pour l'enfant désigné et autorise le SAPAD 62 à entrer en contact avec toute structure afin de mettre en œuvre le projet individualisé de prise en charge.

Date et signature du ou des représentants légaux :

Ces informations sont nécessaires pour la mise en place du dispositif d'assistance. Elles font l'objet d'un traitement informatique et ne sont destinées qu'au secrétariat de l'association. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès aux informations et de rectification.

L'ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE :

Établissement scolaire : **Classe** :

Code Postal : Ville : Tél : / / /

Chef d'établissement : M. Mme

Personne référente du dossier : M. Mme **Fonction** :

Mail (indispensable) : @

Les cours sont-ils transmis à l'élève ? oui non Autres dispositions prises :

Avis motivé du chef d'établissement :

Date, signature et cachet :

Le SAPAD contactera ultérieurement le référent du dossier par mail pour la recherche des professeurs intervenants.

L'INSPECTEUR DE L'ÉDUCATION NATIONALE (uniquement jusqu'au CM2) :

Avis de l'IEN :

Date et signature :

LE MÉDECIN SCOLAIRE :

En cas d'absence de Médecin scolaire, ne pas faire remplir par le Médecin traitant : le SAPAD se chargera de transmettre la demande au Médecin scolaire conseiller technique de la DSDEN.

Médecin Scolaire : Téléphone : / / /

Intervention du SAPAD 62 : Non Oui pour une durée prévue de semaines.

Observations particulières :

Les cours seront dispensés : au domicile dans l'établissement scolaire dans l'un ou l'autre lieu

Date et signature :