

DEMANDE D'ACCOMPAGNEMENT PEDAGOGIQUE À DOMICILE auprès du SAPAD 62

Pour un dispositif de téléprésence en plus des cours à domicile, la famille ou l'établissement en fait la demande au SAPAD par téléphone ou par mail. La coordonnatrice s'assurera que les conditions sont remplies avant de solliciter le Médecin scolaire de la DSDEN.

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'accompagnement. 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 Emploi du temps aménagé ? oui non

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 du secteur ou de la DSDEN

En cas d'absence de Médecin scolaire sur le secteur, ne pas faire remplir par le Médecin traitant ni par le spécialiste : 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

visio possible également si besoin **Date et signature :**

CADRE RESERVÉ AU MÉDECIN SCOLAIRE DE LA DSDEN (c'est le SAPAD qui lui transmet la demande) :

Médecin Scolaire : Téléphone : / / / /

Accord du **Médecin scolaire de la DSDEN** pour un dispositif de téléprésence : Oui Non

Date et signature :