

**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 tél. ou par mail. Le SAPAD s'assure que les conditions sont remplies puis sollicite 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 : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

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 : UAI 062 \_\_\_\_\_ lettre en majuscule : \_\_\_\_\_**

Établissement scolaire : ..... **Classe :**

Code Postal : ..... Ville : ..... Tél : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Chef d'établissement :  M.  Mme .....

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

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

**Mail (indispensable) :** \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**Cours transmis à l'élève ?**  oui  non **Emploi du temps aménagé ?**  oui  non **PAI ?**  oui  non

**Matières souhaitées en priorité :** .....

Avis motivé du chef d'établissement : .....

**Date, signature et cachet :**

**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 surtout pas faire remplir par le Médecin traitant ni par le spécialiste : le SAPAD se chargera de transmettre la demande au Médecin scolaire concerné.**

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 :**