ACADÉMIE DE LIMOGES
Liberté
Égalité
Fraternité

Direction des services départementaux
de l'éducation nationale
de la Corrèze

APADHE 19
Service Départemental de l'École Inclusive
Cité administrative Jean Montalat
BP 314
19011 TULLE Cedex
05.87.01.20.78
ecoleinclusive19@ac-limoges.fr

Coordinateur : Thierry LABREGERE

APADHE

DEMANDE D'ASSISTANCE PÉDAGOGIQUE À DOMICILE, À L'HÔPITAL OU À L'ÉCOLE

À retourner au coordinateur de l'APADHE :

Référence : *circulaire du 3 août 2020, BO n° 32 du 27 août 2020*

1- ÉTAT CIVIL

Nom de l'élève : Prénom de l'élève : Date de naissance :	Nom et prénom des responsables légaux : Adresse : CP : Commune : N° tel : N° portable : e-mail :

2- SITUATION DE L'ÉLÈVE

Date de l'arrêt des cours :	Date de reprise éventuelle :
Établissement scolaire fréquenté : CP : Commune :	Classe :
Personne ressource de l'établissement : Fonction : N° tel : e-mail :	

3- RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

- Possibilité de prise en charge complémentaire d'une assistance pédagogique à domicile par assurance ou mutuelle :
  ☐ OUI ☐ NON Nom de l'organisme :

Si oui, contacter les PEP 19

- Quelles dispositions ont été prises pour la transmission des cours et des devoirs ?

- Une présence à temps partiel est-elle envisageable en complément de l'APADHE ? ☐ OUI ☐ NON

Joindre **impérativement** à chaque demande, un **certificat médical diagnostic** précisant la **durée de l'interruption scolaire**. Le **diagnostic médical** doit être joint **sous pli confidentiel adressé au médecin scolaire**. Le Service Départemental de l'École Inclusive fera suivre pour avis et attribution des heures.

4- NATURE DES PROPOSITIONS ET HEURES ATTRIBUÉES

Discipline	**Nombre d'heures/semaine demandées par l'établissement**	**Nombre d'heures accordées** *cadre réservé à l'APADHE*	**Nom et prénom des enseignants Établissement d'affectation**

A , le

Signature des parents (ou responsables légaux) Signature du chef d'établissement ou du directeur d'école

Signature sur document papier ou saisir vos initiales sur document numérique

---

Avis du médecin scolaire certifiant que l'état de santé de l'intéressé(e) requiert l'intervention du dispositif :

Nom, date et signature :
Nom : Le

BON POUR ACCORD,

Tulle, le

Nombre total d'heures accordées :

Le coordinateur APADHE

Le médecin scolaire

Le responsable pour la direction des services départementaux de l'éducation nationale, l'IEN ASH

M. T. LABREGERE

Mme D. CERDA