Inspection académique
Bas-Rhin
Académie
Strasbourg

Division des Elèves

Aide Pédagogique à Domicile (APAD)

Ecole : _____

Adresse : _____

Téléphone :_____ Circonscription :_____

Elève :

Nom :_____Prénom :_____

Date de naissance : _____

Classe :_____

Éducation
nationale

Réf : Circulaire N° 98/151 du 17.07.1998 BO N° 30	***ASSISTANCE PEDAGOGIQUE A DOMICILE EN FAVEUR DES ENFANTS OU ADOLESCENTS ATTEINTS DE TROUBLES DE LA SANTE***

Nom - Prénom de l'enfant : _____ Né(e) le : _____

Nom - Prénom du représentant légal : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone travail : _____

Etablissement scolaire : _____

Ville : _____ Tél : _____ Classe : _____

Maître de la classe : _____

Motif de la demande (troubles de la santé/accident) *rayer la mention inutile*

Service hospitalier (le cas échéant) :_____

Début de l'absence scolaire : _____

Durée prévisible de l'absence : _____

Aide pédagogique souhaitée :

Matières :_____

Adresse prévue pour le lieu d'intervention :_____

Fait à : ..... le .....

Le représentant légal de l'élève

Avis circonstancié du Directeur ou de la Directrice de l'école : Signature :

Avis circonstancié du médecin Scolaire : Signature :

Avis de l'Inspecteur de l'Education Nationale : Signature :

Avis du Médecin Responsable du Service de Promotion de la Santé en faveur des élèves :

***Mesures d'accompagnement prises au sein de l'établissement dès le début de l'absence*:**

Modalités	Domaines d'apprentissage	Personnel engagé

Projet pédagogique proposé pour la prise en charge par l'APAD :

Intervenants :

Nom	Prénom	Grade

Enseignant de la classe : Oui Non

Enseignant de l'établissement : Oui Non
(rayer les mentions inutiles)

Domaines d'apprentissage	Objectifs poursuivis	Durée des séquences	Périodicité

Réservé à l'Administration

Décision de l'Inspecteur d'Académie :

Dossier accepté : ☐

Dossier refusé : ☐

Durée prévisible de l 'assistance à domicile : semaines

A raison de : intervention(s) / semaine(s)

Début de prise en charge par l ' APAD : _____

Fin de prise en charge APAD : _____

Nombre de semaines :_____

Rescolarisation avec PAI _____

Rescolarisation sans PAI _____

Interruption à la demande des parents _____

Réhospitalisation _____

Autre _____