

S.A.P.A.D.

**Service d'Assistance Pédagogique A Domicile
Aux enfants et adolescents malades ou accidentés**

Référence : BO n°30 du 23/07/1998

Elève

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Fille

Garçon

Parent responsable

Monsieur

Madame

NOM :

Prénom :

Adresse :

Téléphone domicile :

Portable :

Téléphone travail :

Email :

Scolarité

Nom de l'établissement :

Commune :

Classe fréquentée :

Nom du maître de la classe ou du professeur principal :

Scolarité interrompue le :

Durée prévue de l'interruption :

Renseignements complémentaires

Nom du médecin traitant :

Commune :

Téléphone :

Nom du médecin spécialiste (préciser la spécialité) :

Commune :

Téléphone :

Aide pédagogique souhaitée

Matière(s) :

Adresse prévue pour le lieu d'intervention :

Fait à _____, le _____

Le représentant légal de l'élève

Signature :

A l'attention des parents ou du représentant légal de l'élève : le présent document doit être transmis au directeur de l'école ou au chef d'établissement.
Il doit être accompagné d'un certificat médical détaillé sous pli cacheté à l'attention du médecin scolaire.

Cadre réservé à l'établissement

Nom du directeur d'école ou du chef d'établissement :

Téléphone :

Email :

Médecin scolaire :

Téléphone :

Email :

Avis du médecin scolaire : Favorable Défavorable

Observations du médecin scolaire - Nombre d'heures d'intervention :

Fait à _____, le

Signature du médecin scolaire :

(Transmission du document à la DPE pour un élève du 1^{er} degré et la DOSE pour un élève du 2nd degré)

Proposition des PEP à la Directrice académique

Modalités d'organisation :

Fait à _____, le

Signature du directeur des PEP

Décision de la Directrice académique

SAPAD accordé du.....au.....
pourheures.

SAPAD refusé

Fait à _____, le

La Directrice Académique
Marilyne LUTIC