

Demande d'assistance pédagogique à domicile auprès du SAPAD 62

Cadre à remplir par le ou les responsables légaux de l'élève concerné

Nom et Prénom : Autre :
Adresse : Code Postal :
Ville :
Tél domicile :/...../..... Tél portable :/...../..... Mail :
La présence au domicile d'un adulte responsable de l'élève est-elle possible ? ☐ Oui ☐ Non

Informations sur l'élève

Nom, Prénom : Date de naissance :/...../..... ☐ F ☐ M
Motif de l'absence : ☐ Accident ☐ Maladie ☐ Autre (à préciser) :
Durée prévisible de l'absence (en semaines) : du Au
Coordonnées du médecin traitant : Docteur Tél :/...../.....
Assurance scolaire de l'élève : **SI** ☐ MAE type de contrat : ☐ Scolaire ☐ Scolaire+ ☐ 24 ☐ 24+ **OU** ☐ MAIF
L'élève relève-t-il des services de la MDPH ? ☐ Oui ☐ Non
Je soussigné, 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 :

Les informations recueillies sont nécessaires pour la mise en place du dispositif d'assistance. 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.

Cadre à remplir par l'établissement scolaire

Établissement scolaire : Classe :
Circonscription :
Adresse :
Code Postal : Ville : Tél :/...../..... Fax :/...../.....
Nom du Directeur / Chef d'établissement :
Personne à contacter dans l'établissement : Fonction :
Infirmière : Assistante sociale scolaire :
Dispositions prises au sein de l'établissement :
L'établissement dispose-t-il d'un ENT ? ☐ oui ☐ non L'élève a-t-il les moyens d'y accéder ? ☐ oui ☐ non
Avis motivé du Directeur / Chef d'établissement :

Date, signature et cachet :

Le SAPAD vous contactera ultérieurement pour la recherche des professeurs intervenants

Avis de l'Inspecteur de l'Éducation Nationale (1^{er} degré uniquement)

Date et signature :

Cadre à remplir par le Médecin scolaire

Médecin Scolaire : Téléphone :/...../.....
Intervention du SAPAD 62 : ☐ Non ☐ Oui pour une durée prévue de semaines
Observations particulières :

Date et signature :