ACADÉMIE
DE NANCY-METZ
Liberté
Égalité
Fraternité

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

Année Scolaire 2026-2027

Demande d'Accompagnement Pédagogique A Domicile, à l'hôpital ou à l'école (APADhe)

Document à compléter par la famille et à retourner à la :

DSDEN de la Meuse
Docteur DEVILLE Virginie
Promotion de la santé en faveur des élèves

Site Couchot
11, rue Jeanne d'Arc
55000 BAR LE DUC

Tél : 03 29 76 78 97
e-mail : ce.psfe55@ac-nancy-metz.fr

Réf : Circulaire du 3-8-2020 **BO N° 3O Bulletin Officiel N°32 du 27-08-2020**	**Demande** **D'Accompagnement Pédagogique A Domicile, à l'hôpital ou à l'école** **EN FAVEUR DES ENFANTS OU ADOLESCENTS ATTEINTS DE TROUBLES DE LA SANTE**

(Page 1 et 2 à compléter par les parents)

ETABLISSEMENT SCOLAIRE DE L'ELEVE :

Adresse : _____

Téléphone : _____

Adresse mail : _____

Nom/Prénom de l'élève :	Date de naissance :
Classe :	Enseignant principal :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES REPRESENTANTS LEGAUX :

Père ❑ Mère ❑ Père et Mère ❑ Autres (précisez) ❑ : _____

Nom1 : _____ Nom2 : _____

Prénom1 : _____ Prénom2 : _____

Adresse1 : _____ Adresse2 : _____

_____ _____

Téléphone1 : _____ Téléphone2 : _____

Adresse mail1 : _____ Adresse mail2 : _____

Nom de l'assurance scolaire de votre enfant : _____

Numéro de téléphone de l'assurance **:** _____

❑ Je certifie avoir contacté l'assurance scolaire de mon enfant pour savoir si elle prenait en charge l'accompagnement pédagogique à domicile en cas de trouble de la santé de mon enfant.

Motif de la demande : cocher, ci-dessous, la case correspondante

MALADIE : ❑ ou **ACCIDENT** : ❑

Établissement hospitalier : _____ Service : _____

Médecin qui suit l'enfant à l'hôpital : _____

Médecin de famille : _____ Ville _____ Tél : _____

Début de l'absence scolaire : le _____

Durée prévisible de l'accompagnement pédagogique à domicile à l'hôpital ou à l'école : _____

(Joindre un certificat médical détaillé sous pli cacheté à l'attention du Médecin conseiller technique Responsable départemental)

Fait à : _____ le _____

Signature du représentant légal :