 

Calvados – Manche – Orne Calvados – Manche - Orne

**FORMULAIRE DE DEMANDE DE L’APAD**

A remplir par le chef d’établissement ou le directeur d’école et les représentants légaux

**Établissement scolaire :** Nom :

Adresse:

|  |
| --- |
| Elève : Nom, Prénom : Né (e) le :  Classe : |

Téléphone:

Mail:

Nom du chef d'établissement :

**Responsable légal 1:**

Nom, prénom, qualité : Adresse : Téléphone : Portable : Mail :

**Responsable légal 2:**

Nom, prénom, qualité : Adresse : Téléphone : Portable : Mail :

**Durée prévue de l'absence**

|  |  |
| --- | --- |
| **ASSURANCE** responsabilité civile | **ASSURANCE / MUTUELLE** scolaire |
| Nom : | Nom : |
| Adresse : | Adresse : |
| Téléphone : | Téléphone : |
| Mail : | Mail : |
| N° Dossier / contrat | N° Dossier / contrat : |

**DEMARCHE A EFFECTUER :**

→ Adresser la fiche médicale confidentielle sous pli cacheté à l'attention du Docteur VIAL Sylvie, médecin conseiller technique des DSDEN.

## LA CONTINUITE PEDAGOGIQUE :

**Nom du coordinateur au sein de l'établissement :** **Coordonnées et horaires privilégiés pour le joindre :**

## Matériel pédagogique éventuellement à disposition :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **- Ordinateur :** | * Fourni par la famille | * Fourni par l'établissement |
| **- Clé USB :** | * Fournie par la famille | * Fournie par l'établissement |
| **- Webcam :** | * Oui | * Non |
| **- Connexion internet :** | * Oui | * Non |

* **Modalités de transmission des cours retenues :**
* **Assistance pédagogique :**
* **Engagement des familles** pour que cette aide pédagogique, si elle a lieu au domicile, se déroule dans les meilleurs conditions :

✗ Présence d'un adulte responsable de la garde de l'enfant à proximité

✗ Mise à disposition d'un lieu calme, propice au travail scolaire

✗ Enfant installé et prêt à travailler dès l'arrivée de l'enseignant

✗ Avertir au plus vite l'enseignant si un problème rendait son déplacement inutile

Pensez en outre à signer l'attestation de travail accompli, après chaque intervention.

Enfin il est rappelé que cette prise en charge s'arrête dès lors que le médecin traitant estime qu'un retour en classe est possible (sauf, cas particulier, dans le cadre du Projet d'Accueil Individualisé).

## Proposition de l'établissement:

*Nombre d'heures d'enseignements hebdomadaires souhaitées*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Disciplines | Nombre d'heures | Nom et prénom des enseignants\* | |
| De l'établissement | D'autres établissements |
|  |  |  |  |
| Total hebdomadaire |  | **\* Il appartient au chef d'établissement / au directeur d'école de chercher les professeurs volontaires** | |
| Total pour toute la durée de l'assistance |  |
|  | | | |

**Date de la demande :** / /

## Signature du chef d'établissement / directeur d’école Signature des responsables légaux

|  |
| --- |
| **Avis du médecin conseiller technique des DSDEN**  Accord : OUI □ NON □  Nombre de séquences hebdomadaires : ----------------------- Durée : --------------------------  A domicile □ Sur site □ A renouveler : □  (visio-conférence possible)  Caen, le ………………………………………. Signature : |

**DOCUMENT A RETOURNER A :**

**DSDEN de l'Orne, IEN – ASH – Place Bonet – CS 40020 – 61013 ALENCON Cedex**

Le service enverra une copie aux PEP pour information et une éventuelle prise en charge du dispositif par les assurances, et vous donne sa réponse dans les plus brefs délais.