



Fiche médicale confidentielle

Demande d'Accompagnement Pédagogique A Domicile à l'Hôpital ou à l'École

- A faire remplir par le médecin généraliste ou le médecin spécialiste ou le médecin de l'éducation nationale
- A renvoyer au médecin du centre médico-scolaire dont l'école ou l'établissement est rattaché

Nom et prénom de l'élève : -----

Date de naissance : -----

Nom prénom des représentants légaux, adresse mail et numéro de téléphone : -----

Etablissement scolaire fréquenté : ----- Classe : -----

Nature de la pathologie : -----

Hospitalisation : oui non

Début de l'absence : -----

Durée prévisible de l'absentéisme scolaire : -----

Possibilités de reprises intermittentes de la classe ou de fréquentations partielles : -----

Etat de santé actuel, évolution prévue : -----

Fait à ----- le, -----

Cachet et signature du médecin

Avis du médecin conseiller technique de la DSDEN 61 - Accord : oui non

Nombre de séquences hebdomadaires : ----- Durée : -----

A domicile Sur site A renouveler

A _____, le _____ Signature : _____