



**ACADÉMIE  
DE NORMANDIE**

Liberté  
Égalité  
Fraternité

Direction des services départementaux  
de l'éducation nationale  
de l'Orne



La solidarité en action

**Affaire suivie par :**

L'Inspecteur Education nationale  
Conseiller technique Ecole inclusive  
Tél. 02 33 32 53 07  
Mél. [dsden61-ash@ac-normandie.fr](mailto:dsden61-ash@ac-normandie.fr)

**FORMULAIRE DE DEMANDE DE L'APADHE**

(Accompagnement Pédagogique A Domicile à l'Hôpital et à l'Ecole)

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

DSDEN 61  
Place du Général Jean Bonet  
61000 Alençon Cedex

**Etablissement scolaire :** \_\_\_\_\_

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

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ mail : \_\_\_\_\_

**Elève – nom, prénom :** \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Classe \_\_\_\_\_

**Responsable (père / mère)** \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ mail : \_\_\_\_\_

**Responsable (père / mère)** \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ mail : \_\_\_\_\_

**Durée prévue de l'absence :** \_\_\_\_\_

ASSURANCE Responsabilité civile	ASSURANCE / MUTUELLE Scolaire
Nom de l'organisme :	Nom de l'organisme :
Adresse :	Adresse :
Téléphone :	Téléphone :
Mail :	Mail :
N° dossier / contrat	N° dossier / contrat :



**Démarche à effectuer** : transmettre la fiche médicale confidentielle sous pli cacheté à  
L'attention du **Docteur VIAL Sylvie, médecin conseiller technique des DSDEN**  
**Rectorat de Caen – 168 rue Caponière – 14000 CAEN**

**CONTINUITÉ PÉDAGOGIQUE** :

- Demande de mise à disposition d'un **robot de télé-présence** dans le cadre du programme Ted-i : oui  non

Modalités d'utilisation envisagées : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sous réserve de l'accord médical et de l'éligibilité technique (connexion Internet)

Le système de télé-présence robotisé ne dispense jamais de l'aide directe présente apportée par les enseignants. En tout cas, la situation de l'élève doit répondre aux critères suivants : **Avoir une scolarité présente interrompue de manière complète et en continu, par une maladie somatique grave, un accident ou une intervention lourde, pour une durée supérieure ou égale à un mois.**

Nom du coordinateur au sein de l'établissement : \_\_\_\_\_

Coordonnées et horaires privilégiés pour le joindre : \_\_\_\_\_

- Modalités de transmission des cours retenues :

\_\_\_\_\_

- Assistance pédagogique à domicile : Engagement des familles pour que cette aide pédagogique, se déroule dans les meilleures 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

- Matériel pédagogique éventuellement à disposition :

- |                    |   |  |
|--------------------|---|--|
| Ordinateur :       | <input type="checkbox"/> fourni par la famille  | <input type="checkbox"/> fourni par l'établissement  |
| Clé USB :          | <input type="checkbox"/> fournie par la famille | <input type="checkbox"/> fournie par l'établissement |
| Webcam :           | <input type="checkbox"/> oui                    | <input type="checkbox"/> non                         |
| Connexion Internet | <input type="checkbox"/> oui                    | <input type="checkbox"/> non                         |

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 en présentiel  
 (ne concerne pas les heures d'utilisation du système de télé-présence robotisé)***

Disciplines	Nombre d'heures	Nom, prénom des enseignants	
		De l'établissement	D'autres établissements
Total hebdomadaire		Il appartient au chef d'établissement ou au directeur d'école de chercher les professeurs volontaires	
Total pour la durée de l'assistance			

L'élève dispose-t-il d'un projet d'accueil individualisé (PAI) ? oui / non  
 (Entourer la réponse)

**Date de la demande de la famille :** \_\_\_\_\_

**Signature des responsables légaux :**

**Signature du chef d'établissement  
 ou du directeur d'école :**



### AVIS du médecin conseiller technique des DSDEN

Accord à domicile :                      oui                       non

Accord sur site :                      oui                       non

Accord présence Robot :              oui                       non

Nombre de séquences hebdomadaires : \_\_\_\_\_ durée : \_\_\_\_\_

A domicile :

Sur site :

A renouveler :

(visio-conférence possible)

---

---

---

Caen, le \_\_\_\_\_

Signature :

#### **DOCUMENT A RETOURNER A :**

DSDEN 61  
Place du Général Jean Bonet  
Services : SPEI  
61000 Alençon

Le service se charge de transmettre une copie aux PEP 14, pour information et une éventuelle prise en charge du dispositif par les assurances.