



**APADHE 51**  
**Accompagnement Pédagogique A Domicile**  
**pour raisons de santé**

**Année scolaire : 20...../ 20.....**

**Date de la demande : .....**

**Elève concerné :**

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe :

Niveau de classe :

**Parents ou responsable légal :**

Nom :

Adresse :

CP :

Ville :

Téléphone des parents :

Adresse électronique :

**Etablissement scolaire :**

Nom :

Adresse :

Téléphone :

Nom du chef d'établissement :

Nom de l'enseignant principal :

**Demande de prise en charge par l'APADHE 51 :**

L'état de santé de mon enfant.....nécessite une interruption scolaire de longue durée. Raison pour laquelle, je fais appel à l'APADHE afin de mettre en place le dispositif qui lui permettra de poursuivre sa scolarité à domicile.

Date :

Signature(s)

Ci-joint un certificat médical

- Envoyer cette demande et le certificat médical par courrier électronique au :

apadhe@adpep51.fr

- Ou adresser au :

APADHE 51  
(Accompagnement Pédagogique à Domicile, à l'Hôpital ou à l'Ecole)  
11 Rue du Lt de Vaisseau Paris  
51160 AVENAY VAL D'OR