**ACCOMPAGNEMENT PEDAGOGIQUE À DOMICILE À L’HÔPITAL OU À L’ECOLE**

□ Première demande □ Reconduction

|  |  |
| --- | --- |
| **ELEVE** | Prénom ………………………………. Nom :………………………………    □ fille □ garçon Classe : |
| **REPRESENTANTS LEGAUX** | Prénom, nom : ……………………………………………………………………  Adresse : …………………………………………………………………………    ..……………………………………………………………………….  Téléphone domicile : ………………………………….Portable : ………………………..  e-mail : ………………………………………………………… |
| Prénom, nom : ……………………………………………………………………  Adresse : ………………………………………………………………………………………….    ..……………………………………………………………………………………..  Téléphone domicile : ………………………………….Portable : ………………………..  e-mail : ………………………………………………………… |
| **ETABLISSEMENT** | Nom de l’établissement : ……………………………………………Tel :…………................  Adresse :........................................................................................CP : .............................  Commune : ……………………………. Circonscription : …………………………………..  Mail : ............................................................. |

Motif de la demande : □Trouble de la santé □ Accident

Service hospitalier (le cas échéant) : ………… ………………………….

Aide pédagogique souhaitée (matières) : .......…………………….…………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

Adresse prévue pour le lieu d’intervention : ..............................................................................

....................................................................................................................................................

Je sollicite l’accès au dispositif d’apadhe pour l’élève .....................................................

Fait à : ............................................................ , le .................................................................

**Signature des représentants légaux :**

Motif de la demande : □Trouble de la santé □ Accident

Service hospitalier (le cas échéant) : ………… ………………………….

Aide pédagogique souhaitée (matières) : .......…………………….…………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

Adresse prévue pour le lieu d’intervention : ..............................................................................

....................................................................................................................................................

**Je sollicite l’accès au dispositif d’apadhe pour l’élève .....................................................**

Fait à : ............................................................ , le .................................................................

Signature du.es représentant.s légal.aux :

Début de l’absence : ………………………………………

Durée prévisible de l’absence : …………………………………………..

**Avis circonstancié du directeur, du chef d’établissement, date et signature :**

**Avis circonstancié du médecin scolaire et / ou du médecin conseil départemental,**

**date et signature :**

**Avis circonstancié de l’inspecteur d’académie, date et signature :**

**PROJET PEDAGOGIQUE D’APADHE**

Enseignant coordonateur de l’apadhe :

**EVALUATION DES BESOINS PARTICULIERS PAR LE COORDONNATEUR ET LE DIRECTEUR / CHEF D’ETABLISSEMENT**

- L’élève dispose-t-il d’un □ PAI □ PPS □ PAP □ PPRE

- Points d’appui :

□ Appétence scolaire, quelles disciplines : .....................................................................

□ Bonne relation avec ses pairs

□ Maturité, aisance avec les adultes

□ Autre : ....................................................................................................................................

**MODALITE DE MISE EN ŒUVRE DE LA CONTINUITE PEDAGOGIQUE PAR L’ETABLISSEMENT**

**- Communication avec l’élève :**

□ messagerie électronique □ messagerie instantanée □ visioconférences □ robot lycéen

□ plusieurs fois par semaine □ une fois par semaine □ autre : ............................................

**- Transmission des documents pédagogiques :**

Outils simples :

□ photocopies □ transmission / copie par un pair □ autre :...................................................

Outils numériques :

□ environnement numérique de travail □ clé USB □ service de partage des outils numériques □ autre : .........................................................

**- Modalités d’évaluation :**

□ évaluations fournies par le professeur

□ évaluations adaptées

□ aménagement des conditions d’examen à prévoir

**- Modalités de travail conjoint famille / établissement / APADHE :**

Disciplines dans lesquelles l’élève peut travailler de façon autonome à partir des cours transmis : .............................................................................................................................

Disciplines pour lesquelles l’élève dispose de ressources dans son entourage :

.............................................................................................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Disciplines qui requièrent l’intervention d’un enseignant dans le cadre de l’apadhe | | | |
| Prénom et nom de l’enseignant  Etablissement si différent de celui de l’élève | Discipline | Durée des séquences | Périodicité |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Décision du directeur académique :

□ avis favorable

□ avis défavorable