**ACCOMPAGNEMENT PEDAGOGIQUE À DOMICILE À L’HÔPITAL OU À L’ECOLE 2023 / 2024**

□ Première demande □ Reconduction

|  |  |
| --- | --- |
| **ELEVE** | Prénom ………………………………. Nom : ………………………………  □ F □ M Date de Naissance : ……/……/……. Classe : ………… |
| **REPRESENTANTS LEGAUX** | * **MERE ou REPRESENTANT LEGAL**

Prénom, nom : ……………………………………………………………………......................Adresse : ………………………………………………………………………………………….  ..………………………………………………………………………………………… Téléphone domicile : ………………………………… Portable : …………………………….@ : ……………………………………………………………………………………………. |
| * **PERE ou REPRESENTANT LEGAL**

Prénom, nom : …………………………………………………………………………………… Adresse : ………………………………………………………………………………………….  ..………………………………………………………………………………………... Téléphone domicile : ………………………………… Portable : …………………………….@ : ……………………………………………………………………………………………. |
| **ETABLISSEMENT** | Nom de l’établissement : ……………………………………………………………………….Nom du chef d’établissement : ………………………………………………………………….Adresse : ........................................................................................CP : ............................Commune : ……………………………. Circonscription : …………………………………….@ : ........................................................................................... **RNE** : …………………… |

Certificat médical du Docteur ……………………………………………………………………………….

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

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

…………………………………………………………………………………………………………………..

Modalités d’accompagnement : □ à domicile □ en visioconférence □ télé-présence (robot)

 □ à l’école □ à l’hôpital □ autre lieu : ……………………………….

Adresse prévue pour le lieu d’intervention des heures d’apadhe :

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

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 : …… /……/……….

Absences perlées : □ OUI □ NON

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

* **Avis circonstancié du directeur, du chef d’établissement :**

**Mr / Mme…………………………………, le ……/……/……….**

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

**Dr…………………………………, le ……/……/……….**

**MOTIF N° : ………. avec / sans condition…………………………………………………………...**

**PROJET PEDAGOGIQUE D’APADHE**

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

Enseignant référent de l’Apadhe dans l’établissement : Mr / Mme……………………………….

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

- L’élève bénéficie-t-il d’un aménagement de l’emploi du temps : □ Oui □ Non

- 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 et accompagnement de l’élève :**

□ messagerie électronique □ messagerie instantanée

□ visioconférences □ à domicile ou à l’hôpital

□ dispositif de télé-présence (robot)

□ 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 :

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

* **ENSEIGNANTS VOLONTAIRES**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOM, PRENOM** | **GRADE** | **DISCIPLINE** | **ETABLISSEMENT** | **DUREE DES SEQUENCES****Heures/ semaine\*** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 \*6h maximum par semaine à répartir entre les enseignants et les disciplines

**Décision du Directeur Académique le ………/………/…………………**

□ avis favorable

□ avis défavorable