

**Demande d'APADHE**

Première demande       Prolongation



A compléter par les responsables légaux

Elève \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Responsables \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ Téléphones : \_\_\_\_\_

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

Je sollicite l'accès au dispositif d'APADHE pour l'élève mentionné ci-dessus.

Date et signature des responsables légaux :

Réservé à l'école ou à l'établissement scolaire

Établissement scolaire : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Classe fréquentée : \_\_\_\_\_ Directeur d'école ou chef d'établissement : \_\_\_\_\_

Personne référente à contacter : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_

Médecin scolaire : \_\_\_\_\_

Date et signature du directeur d'école ou du chef d'établissement :

Cette demande doit être accompagnée d'un certificat médical détaillé sous enveloppe cachetée et être adressée à :  
SAPADHE 64 Sièges de l'Association « LesPEP64 »  
9 rue de l'Abbé Grégoire 64140 Billère

Avis du médecin de l'éducation nationale et/ou du médecin ct de l'ia-dasen

Avis favorable       Avis défavorable       Conditions : \_\_\_\_\_

Fait le \_\_\_\_\_ Transmis le \_\_\_\_\_  
Signature : \_\_\_\_\_ Famille       Coordonnateur SAPAD