|  |
| --- |
| SERVICE D’ASSISTANCE PEDAGOGIQUE A DOMICILE SAPAD **DEMANDE D’ASSISTANCE PEDAGOGIQUE A DOMICILE** |

|  |
| --- |
| **Pour l’élève : NOM :…………………………………. PRENOM…………………………………... Classe :………………** |
| **Etablissement fréquenté** :………………………………………………………………………………………………………  Tél :……………………….…………………………… Mail :……………………………………………………………..  Adresse :………………………………………………………………………………………………………….……………………  Code Postal…………………………………………..……… Ville :…………….…………………………………………..  Nom du chef d’établissement ou directeur d’école :……………………………………….…………………..  Fait à :……………..………………le …………/……………/………….…cachet /signature : |
| Je soussigné(e),………………………………………………………………………………….  **Représentant légal de l’élève :…………………………………..né(e) le ……./……./………..**  Adresse :…………………………………………………………………………………………  Téléphone : ……………………………………..portable :…………………………………….  L’enfant est-il assuré ? MAE  MAIF  Autre  préciser : …………………………………  N° de contrat d’assurance :……………………………………………………………………. Autorise l’intervention du Service d’Assistance Pédagogique à domicile pour le compte de mon enfant Fait à …………………………….le ……. /…… /…… **Signature des parents :** |

**Fournir le certificat médical de demande de SAPAD de l’hôpital d’origine au médecin de l’éducation Nationale**

|  |
| --- |
| **Nom du médecin Education Nationale** :……………………………………………..  lieu……………………………………………………………………………………. cachet  Tél :………………………………………………… Mail :…………………………………  **Durée prévisible de la déscolarisation du……./……./…….au……./……./……………….**  Avis sur l’intervention du SAPAD OUI  NON  SAPAD MODULABLE OUI   **Recommandations éventuelles pour la prise en charge** :…………………………………………………….  Fait à ……………………………………le ……../……./……. cachet /signature |

A retourner par mail ou courier : SAPAD / Olivier Evelyne IEN ASH St Denis

43, rue Leopold Rambaud 97400 Saint-Denis

Personne à contacter : M BUIGUES MARC Téléphone : 0262 929 935

Email : [sapad@ac-reunion.fr](mailto:sapad@ac-reunion.fr)