|  |
| --- |
| 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 enfantFait 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……………………………………………………………………………………. cachetTél :………………………………………………… 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