**S A P A D**

**Document à remplir par la famille (une fiche par professeur)**

**Nom de l’élève : ………………………………………………………………………………… ..**

**Nom de la famille  : …………………………………………………………………………… ….**

**Etablissement scolaire concerné : …………………………………………………………………**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom Prénom du Professeur**  | **Matière** | **Date d’intervention** | **Heures d’intervention****De A** | **Signature de la famille attestant que les cours ont été faits** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**A retourner par l’établissement /**

 **Par courrier ou mail : SAPAD / Olivier Evelyne IEN ASH Saint-Denis**

 **43, rue Léopold Rambaud 97400  Saint-Denis**

**Personne à contacter : M Buigues Marc**

**Téléphone : 0262 929935**

**Email**: sapad**@ac-reunion.fr**