**DEMANDE D’ACCOMPAGNEMENT PÉDAGOGIQUE**

**A DOMICILE À L’HÔPITAL OU A L’ÉCOLE**

**La demande doit être accompagnée d’un certificat médical récent du service suivant l’enfant.**

**Elle est à remettre au chef d'établissement qui la transmettra au service par mail.**

**Tout dossier incomplet ou non conforme ne pourra aboutir**

**Renseignements Elève**

**Date de la demande d’assistance :**

**Début de l'absence scolaire :**

**Elève :**

Prénom - NOM :

Date de naissance :Classe :

**Responsable légal** :

Prénom - NOM :

Adresse postale :

Téléphone : Mail :

**MOTIF de la demande** : Maladie 🞎Accident 🞎Autre 🞎 (précisez) :

* *Je joins le certificat médical à la demande*

**Assurance scolaire de l'élève** :

MAE 🞎 MAIF 🞎 Autre 🞎 (précisez) :

Certains contrats d'assurance prévoient la prise en charge de cours à domicile en cas d'accident ou de maladie. Il vous

appartient de contacter votre assurance dans ce cadre.

**J'ai pris connaissance du fonctionnement du SAPAD (document joint), et je m'engage à**

**Le respecter**.

**Date et signature de la Famille**:

**Etablissement scolaire**

Nom de l’établissement : ZRR 🞏

Adresse postale : REP 🞏

Personne ressource (fonction):

Téléphone :

Mail :

L'élève bénéficie-t-il d'un : PAI : OUI 🞏NON 🞏 PPRE : OUI 🞏 NON 🞏

PAP : OUI 🞏NON 🞏 PPS : OUI 🞏 NON 🞏

Emploi du temps aménagé 🞏

*Certificat médical à l’attention du Médecin Conseiller Technique responsable départemental fourni par la famille :* OUI 🞏NON 🞏

**Date, signature et cachet de l’Etablissement :**

**Décision du Médecin Conseiller Technique de l'Inspecteur d'Académie**

Motif :

Avis favorable 🞎 Avis défavorable 🞎

Apadhe proposé du ………..……...…...…... au ………..……...…...…… = ……... h x …….... semaines

Lieu d’intervention : Domicile 🞎 Etablissement scolaire 🞎

Robot 🞎 Ailleurs 🞎

**Date, signature et cachet :**

**Fonctionnement du SAPAD – Responsables légaux**

Dans le cadre du dispositif de scolarisation des élèves malades, l'Education Nationale missionne un ou des enseignants volontaires pour des cours à domicile, dans l'établissement scolaire ou à l'hôpital, auprès de votre enfant, après avis du Médecin Conseiller Technique du Directeur Académique (DASEN) en fonction de la demande.

Le professeur est rémunéré par l'Education Nationale. Les objectifs pédagogiques de la prise en charge sont définis au préalable entre les différents enseignants.

L'envoi des professeurs à domicile ou dans l'établissement n'est pas automatique. Il est subordonné à la disponibilité de professeurs volontaires et à la mobilisation des moyens disponibles. Il peut être suspendu si les documents complémentaires demandés ne sont pas fournis.

Des solutions alternatives peuvent être proposées par le Médecin Conseiller Technique du DASEN, comme la scolarisation par le CNED.

La durée est fonction des dates indiquées sur le certificat médical. Si besoin, un certificat médical de prolongation doit être fourni.

**Pour les demandes concernant des troubles d'ordre psychologiques, un certificat d'un médecin spécialisé (psychiatre ou pédopsychiatre) devra obligatoirement être présenté**.

La prise en charge s'arrête dès que le Médecin Conseiller Technique de l'Education Nationale, ou de l'hôpital ne l'estime plus nécessaire.

**Engagement des responsables légaux pour le déroulement des cours :**

* Les **conditions** doivent être les plus **sereines** possibles pour l'élève comme pour le professeur. Un **lieu calme** et propice au travail scolaire est mis à disposition.
* Les **jours et heures** des cours sont **déterminés** à l'avance par accord entre le professeur et le responsable légal mais peuvent être modifiés suivant l'état de santé de l'élève.
* **En cas de modification** (date, heure), l'enseignant doit être **averti** au plus tôt du problème rendant son déplacement inutile. **Dans le cas contraire**, l'heure de cours est considérée comme effectuée.
* Les responsables légaux informent le professeur des **précautions sanitaires** si nécessaire.
* Un **adulte**, responsable de l'enfant, doit être obligatoirement **présent** au domicile pendant les cours.
* L'attestation du service fait est **signée** par le responsable légal à la fin de chaque période.

Les coordonnatrices du SAPAD restent à votre disposition pour toute information complémentaire.

Ce document est à conserver

**ANNEXE : DÉTAIL DES BASSINS**

Secteurs du bassin  Secteurs du bassin

de **METZ** : 2 de **SARREGUEMINES/SARREBOURG :** 3

|  |
| --- |
| CHÂTEAU-SALINS |
| GROSBLIEDERSTROFF |
| MORHANGE |
| PUTTELANGE-AUX-LACS |
| SARREBOURG NORD |
| SARREGUEMINES OUEST |
| SARREGUEMINES EST |
| SARREBOURG SUD |

|  |
| --- |
| METZ EST |
| METZ OUEST |
| METZ SUD |
| METZ MARLY |
| METZ CENTRE |
| METZ NORD |
| METZ BELLECROIX |
| METZ BELLECROIX 2 |
| MOULINS-LES-METZ |

Demande d’Apadhe à adresser à : **Céline FRANCOIS** (06 29 19 04 60)

[celine.francois@peplorest.org](mailto:celine.francois@peplorest.org)

Secteurs du bassin Secteurs du bassin

**HOUILLER**: 1 de **THIONVILLE/HAYANGE/ROMBAS** : 4

|  |
| --- |
| AUMETZ / MOSELLE NORD |
| HAGONDANGE |
| HAYANGE |
| ORNE FENSCH |
| ROMBAS |
| THIONVILLE |
| THIONVILLE-FLORANGE |
| UCKANGE |
| YUTZ |

|  |
| --- |
| BEHREN-LES-FORBACH |
| BOULAY |
| CREUTZWALD |
| FORBACH |
| SAINT-AVOLD EST |
| SAINT-AVOLD OUEST |

Demande d’Apadhe à adresser à : **Caroline LEBHARDT** (06 14 96 31 80)

[caroline.liebhardt@peplorest.org](mailto:caroline.liebhardt@peplorest.org)