

**DOSSIER DE DEMANDE A COMPLETER  
ET A RETOURNER**

**ASSISTANCE PEDAGOGIQUE A DOMICILE  
EN FAVEUR DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS  
ATTEINTS DE TROUBLES DE SANTE  
EVOLUANT SUR UNE LONGUE PERIODE**

Année scolaire 2019 / 2020  
( à retourner à la DIVEL )  
[ce.DIVEL29@ac-rennes.fr](mailto:ce.DIVEL29@ac-rennes.fr)  
02 98 98 98 86

**Elève concerné**

Nom & prénom : ..... Né le : ..... Classe : .....  
Parents ou responsables légaux : .....  
Adresse : .....  
CP : ..... Ville : .....

**Etablissement**

Nom : .....  
Adresse : .....  
CP : ..... Ville : ..... Tél.: 02 98 .....  
**Adresse électronique :** .....

**Partenaires**

Médecin du service hospitalier : .....  
Médecin de l'Education nationale : .....  
Associations : .....  
Autres : .....

**Réferents à contacter**

Directeur ou chef d'établissement : ..... Tél. : 02 98 .....  
Médecin traitant : Docteur ..... Tél. : 02 98 .....  
Services spécialisés : Hôpital : ..... Tél. : 02 98 .....  
Parents de l'élève : Tél. Domicile : .....  
Tél. Travail du père : ..... Tél. travail de la mère : .....

**Problématique de l'élève :**  
(joindre le P.A.I. s'il existe)

Durée prévisible de la prise en charge : du ..... Au.....

Elève : .....

Etablissement : .....

**A) Moyens Humains pour l'Assistance Pédagogique**

**( A DOMICILE )**

1 - Etablissement scolaire

a) Enseignant(s)

Nom & prénom	Qualité	Contenu de l'intervention	Durée <u>hebdomadaire</u> de l'intervention	R* / B*
Nombre d'heures <u>hebdomadaires</u> : .....				

Prise en charge du : ..... Au : .....

\* R : rémunéré

\* B : bénévole

b) Elèves le cas échéant

Nom & prénom	Qualité	Contenu de l'intervention	Durée <u>hebdomadaire</u> de l'intervention	R* / B*
Nombre d'heures <u>hebdomadaires</u> : .....				

Prise en charge du : ..... Au : .....

Total des Moyens sollicités auprès de la Directrice académique pour l'ensemble de la période de prise en charge : .....HSE.

Elève : .....

Etablissement : .....

2 - Associations et autres intervenants

Nom & prénom	Qualité	Contenu de l'intervention	Durée hebdomadaire de l'intervention	lieu

**B) Moyens matériels**

Télécopieur                       Autres ( courrier électronique et utilisation N.T.I.C....) : .....

Livres scolaires fournis par l'établissement                       Oui                       Non

Autres : .....

Fait à ....., le .....

*Signature de la famille,*

**Signature et cachet** du Directeur  
ou du chef d'établissement,

**signature et cachet** du médecin de  
l'Education nationale,

-----  
cadre réservé à l'administration

**VALIDATION DU PROJET**

Total des Moyens sollicités auprès de la Directrice académique pour  
l'ensemble de la période de prise en charge : .....HSE.

**Validation du médecin conseiller technique**

Cachet et signature

**Validation par la DA-SEN :** .....

à QUIMPER, le .....  
signature,