



direction des services
départementaux
Finistère
Éducation
nationale

**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 2020 / 2021
(à retourner à la DIVEL)
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,