

Demande à remplir par les parents (ou le responsable légal)



Je soussigné(e)

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tel domicile : Tel portable : Tel travail :

Profession père : Profession mère :

Demande l'intervention du Service d'Assistance Pédagogique des PEP (SAPAD 973) pour mon enfant et autorise le SAPAD 973 à entrer en contact avec toutes structures intervenant auprès de mon enfant (établissement scolaire, MDPH, professionnels de santé, services sociaux...) afin de mettre en œuvre son projet individualisé de prise en charge.

Nom, prénom

Date de naissance :

Classe : Etablissement scolaire :

Qui ne pourra pas se rendre en classe pendant :

Motif de l'absence : Accident Maladie Autre

Coordonnées de votre médecin traitant : Nom :

Tel :

Quelle est l'assurance scolaire de votre enfant ?

MAE ->type de contrat Scolaire Scolaire+ 24 24+

Autre :

Quelle est votre assurance habitation ?

Quelle est votre mutuelle santé ?

Votre enfant relève-t-il des services de la MDPH ? oui non

Date et signature

Avis du chef d'établissement (1^{er} et 2nd degré) :

Nom du chef d'établissement :

Téléphone :

Etablissement :

Circonscription :

Adresse :

Code postal : Ville :

Personne à contacter dans l'établissement :

Avis du chef d'établissement :

.....

.....

Date et signature

Avis de l'Inspecteur de l'Education Nationale (1^{er} degré uniquement) :

.....

.....

Date et signature

Décision du médecin scolaire :

Coordonnées du médecin scolaire :

Intervention du SAPAD : oui non pour une durée de.....mois.

Observation particulières :

.....

.....

Date et signature