

## Formulaire de demande d'APADHE 2024-2025

Demande Initiale

Renouvellement

### Joindre impérativement :

- le projet pédagogique (Annexe 2)
- un certificat médical sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseiller technique du DASEN (Annexe 3) ou le transmettre par mail au service santé scolaire : [dsden76-sante-scolaire@ac-normandie.fr](mailto:dsdn76-sante-scolaire@ac-normandie.fr).

**A remplir par les responsables légaux (ou référent ASE) et à remettre au directeur de l'école ou au chef d'établissement :**

Nom et Prénom de l'élève : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ Sexe :  F  M

Nom et Prénom du responsable légal : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_

Je sollicite l'accès au dispositif APADHE pour l'élève ci-dessus.

Date et signature des responsables légaux :

### Réservé à l'école ou à l'établissement scolaire :

Etablissement : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Directeur d'école ou chef d'établissement : \_\_\_\_\_ Classe de l'élève : \_\_\_\_\_

Personne référente à contacter à l'école ou dans l'établissement scolaire : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_

### 1. Avis du médecin conseiller technique du Directeur Académique

<input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable Observations :	ROUEN, date et signature :
---	----------------------------