



S.A.P.A.D.

Service d'Assistance Pédagogique A Domicile Aux enfants et adolescents malades ou accidentés

Date de la demande : PREMIERE DEMANDE PROLONGATION

Pour l'élève NOM:.....Prénom :.....

né(e) le : Adresse :

..... Classe :

Identité et coordonnées des parents ou du responsable légal:

Nom : Prénom:

Qualité : Mail :

Tel. fixe :Portables :

Hospitalisation OUI NON Si oui, nom de l'hôpital :

SAPAD demandé à partir du :Durée estimée:

Signature des parents ou du responsable légal précédée de la mention : « pour accord »

Etablissement scolaire:

Adresse :

..... Tél :

Signature du directeur ou du chef d'établissement :

Cette demande doit être accompagnée d'un **certificat médical détaillé** sous enveloppe cachetée et être adressée à : **Direction des Services Départementaux de l'Éducation Nationale du département**
A l'attention du médecin conseiller technique

Avis du Médecin conseiller technique

Favorable

Défavorable

SAPAD accordé duau

Observations :

Lyon, le

Le médecin conseiller technique