

Formulaire de demande

à retourner avec le courrier médical *par mail* ou sous pli cacheté :

DSDEN de La Loire
Madame Le médecin conseiller technique
Service de promotion de la santé en faveur des élèves,
11 rue des Dr Charcot, 42 023 St-ETIENNE Cedex 2
ce.ia42-ssanelv@ac-lyon.fr

première demande

prolongation

Date :

Élève Fille Garçon

NOM : Prénom : né(e) le :

Adresse :

Parents ou responsable légal

	Père	Mère
Nom et Prénom		
Téléphone		
Mail		
Adresse		

Emploi du temps aménagé OUI NON (joindre une photocopie de l'emploi du temps aménagé)

Matières demandées dans le cadre de l'APADHE :

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

Etablissement scolaire : Classe :

Adresse : Tel : ... / ... / ... / ... / ...

Personne à contacter pour organiser l'APADHE (Chef d'établissement, CPE, professeur principal, etc...)

Nom : Prénom : Fonction :

Mail :

Signature du directeur ou du chef d'établissement :

Avis du médecin conseiller technique

FAVORABLE DÉFAVORABLE

APADHE accordé du au

Observations :

Saint-Etienne, le

Docteur Christine EGAUD
Médecin conseiller technique du directeur académique