



L'élève

La famille

A transmettre à l'établissement scolaire de votre enfant

Nom : Prénom :

Date de naissance : / / Classe :

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone : Mail :

Je sollicite l'accès au dispositif d'Assistance Pédagogique pour l'élève mentionné ci-dessus.
Date : _____ Signature des parents (*responsable légal*) de l'enfant: _____

Cadre réservé à l'établissement scolaire

Etablissement scolaire : GS Elémentaire Collège
Lycée (LG/LT/L) Lycée Professionnel EREA

Nom : Commune :

- Accompagnement sollicité et financé par l'établissement (nature et durée)

 Accompagnement sollicité par l'établissement avec demande de financement DEAP-DGEP

Cadre réservé au Service

Demande initiale Demande de prolongation Elève ayant déjà bénéficié de l'APAD

Demande du au..... (3 mois maximum)

Avis : du médecin conseiller auprès du directeur académique des services de l'Education Nationale
 du médecin scolaire : Dr

Favorable Défavorable

Avis de la commission du

Favorable Défavorable

Date : Signature :

Projet de l'élève en pièce jointe

Cadre réservé à la DEAP - DGEP

Volume horaire global accordé* *Maximum 60 heures de cours par année scolaire.

Date : Signature :