

### 1. À remplir par les responsables légaux (ou référent ASE)

Elève ..... Date de naissance ..... Classe .....

Noms et prénoms parents .....

Adresse .....

☎ Mère .....

☎ Père .....

@ Mère ..... @ Père .....

Scolarité interrompue le ..... Durée prévisible .....

Je sollicite l'accompagnement APADHE pour l'élève mentionné ci-dessus

Date ..... **Signature des responsables légaux :**

### 2. A remplir par l'école ou l'établissement scolaire

Établissement scolaire ..... Commune .....

professeur principal : ..... @ .....

Référent établissement pour suivi de la situation de l'élève :

Nom et prénom ..... Fonction .....

tél. .... @ .....

Chef d'établissement .....

☎ ..... @ .....

Date ..... **Signature chef établissement :**

### 3. Enseignants volontaires titulaires ou contractuels (nom/discipline/mail)

1 .....

2 .....

3 .....

### 4. Avis du médecin scolaire

Favorable

Défavorable

Conditions : .....

.....

Date ..... **Signature médecin :**