

## DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

(INFORMATIONS CONFIDENTIELLES)

**Auteur de la demande** (nom / qualité / coordonnées) : .....

**Elève : Nom :** ..... **Prénom :** .....

Date de naissance : ..... Classe : .....

Adresse : .....

.....

**Parent 1 : Nom :** ..... **Prénom :** .....

Téléphone : ..... Mel : ..... @.....

**Parent 2 : Nom :** ..... **Prénom :** .....

Téléphone : ..... Mel : ..... @.....

### Situation de l'élève

Déscolarisation totale     Déscolarisation partielle / Aménagement emploi du temps     Absences itératives

Date de début des absences : .....

Date de la réunion d'Equipe Educative (si connue) : .....

### L'élève bénéficie-t-il d'un :

PAI     PAP     PPS     PPRE     LPI     CNED en cours à la carte réglementée

Si CNED en cours à la carte, merci d'indiquer les matières suivies avec le CNED :

.....

**Etablissement scolaire :**  Maternelle  Elémentaire  Collège  Lycée  Autre

Public  Privé

**Nom et Commune :** .....

Nom et coordonnées du **chef d'établissement** :

.....

Nom et coordonnées de la **personne référente** à contacter dans l'établissement :

.....

Nom et coordonnées du **professeur principal** :

.....

### Demande de mise à disposition d'un robot de télé présence (programme TEDi)

oui

non

Plus d'informations sur <https://www.education.gouv.fr>

**Professeurs volontaires titulaires ou contractuels (obligatoirement à temps plein) :** (Informations à renseigner **uniquement** si connus au moment de la demande)

Matière / Discipline	Nom et Prénom	Coordonnées tel	Adresse Mel

**Où souhaitez-vous que les enseignants interviennent ?**

- à domicile     en visioconférence     en établissement scolaire     en établissement de soins  
 dans un lieu-tiers

**A retourner à** : PEP13-SAPADHE 11 rue de la Boiseraie 13012 Marseille - [sapad@pep13.org](mailto:sapad@pep13.org) – 04.91.85.37.25

**JOINDRE OBLIGATOIREMENT UN CERTIFICAT MEDICAL ET LE RELEVÉ DES ABSENCES A VOTRE DEMANDE**