

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



INFORMATION AUX PARENTS

Madame, Monsieur,

Le dispositif SAPAD peut être mis en place pour votre enfant momentanément absent (supérieure à deux semaines) pour des raisons de santé afin de préparer le retour en classe.

Ce service est gratuit pour les familles.

Lorsqu'un élève ne peut pour raison de santé, fréquenter son établissement scolaire dans les conditions habituelles, il bénéficie d'une assistance pédagogique à domicile durant sa convalescence, en tenant compte de l'état de santé de l'élève.

Un adulte responsable de la garde de l'élève, doit être présent au domicile lors des activités pédagogiques :

- L'enfant doit être prêt à travailler
- Un lieu calme, propice au travail scolaire doit être mis à disposition
- L'enseignant est averti le plus rapidement possible de tout problème rendant inutile son déplacement à votre domicile

Le dispositif s'arrête dès le retour en classe.

En cas de prolongation de l'absence, une nouvelle demande est à effectuer avant la fin de cette première période (avec un nouveau certificat médical).

Pour toutes informations complémentaires pour la mise place et le suivi de ce projet, vous pouvez appeler :

Mme Régine SMOCK

Coordonnatrice SAPAD

☎ 0594 38 38 64

☎ 0594 28 60 08

@ : sapad973@lespep973.org

ASH

BP 6011

97306 CAYENNE CEDEX

Contactez le médecin scolaire du secteur

DEMANDE D'ASSISTANCE PÉDAGOGIQUE À DOMICILE



Demande à remplir par les parents (ou le responsable légal)



Je soussigné(e)

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tel domicile : Tel portable : Tel travail :

Profession père : Profession mère :

Demande l'intervention du Service d'Assistance Pédagogique des PEP (SAPAD 973) pour mon enfant et autorise le SAPAD 973 à entrer en contact avec toutes structures intervenant auprès de mon enfant (établissement scolaire, MDPH, professionnels de santé, services sociaux...) afin de mettre en œuvre son projet individualisé de prise en charge.

Nom, prénom

Date de naissance :

Classe : Etablissement scolaire :

Qui ne pourra pas se rendre en classe pendant :

Motif de l'absence : Accident Maladie Autre

Coordonnées de votre médecin traitant : Nom :

Tel :

Quelle est l'assurance scolaire de votre enfant ?

MAE ->type de contrat Scolaire Scolaire+ 24 24+

Autre :

Quelle est votre assurance habitation ?

Quelle est votre mutuelle santé ?

Votre enfant relève-t-il des services de la MDPH ? oui non

Date et signature

Avis du chef d'établissement (1^{er} et 2nd degré) :

Nom du chef d'établissement :

Téléphone :

Etablissement :

Circonscription :

Adresse :

Code postal : Ville :

Personne à contacter dans l'établissement :

Avis du chef d'établissement :

.....

.....

Date et signature

Avis de l'Inspecteur de l'Education Nationale (1^{er} degré uniquement) :

.....

.....

Date et signature

Décision du médecin scolaire :

Coordonnées du médecin scolaire :

Intervention du SAPAD : oui non pour une durée de.....mois.

Observation particulières :

.....

.....

Date et signature



CERTIFICAT MEDICAL

DEMANDE D'ASSISTANCE PEDAGOGIQUE A DOMICILE (SAPAD 973)

A retourner dûment complété par courrier, par fax ou par mail

Nom et prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Adresse du domicile :

Nom de l'école et adresse :

Classe fréquentée :

PATHOLOGIE

Diagnostic :

Possibilités d'activités scolaires suivant son état de santé :

Durée prévisible de la pathologie durant laquelle

L'enfant ne pourra pas aller à l'école :

Nombre d'heures maximales par jour :

Nombre de jours par semaine :

Nom, signature et cachet du médecin demandant l'assistance pédagogique à domicile



La solidarité en action

Malades ou accidentés,
l'école continue à domicile...



S.A.P.A.D
Service d'Assistance Pédagogique A Domicile
 (en faveur des élèves atteints dans leur santé)

ÉVALUATION DE L'INTERVENTION - à remplir par la famille

document confidentiel

(À renvoyer aux PEP 973 à la fin de l'intervention)

INITIALES de l'élève : Classe :

1. Comment avez-vous pris connaissance du service S.A.P.A.D géré par les PEP ?
.....
.....

2. Le service a t-il été rapidement mis en place ?
.....
.....

3. Etes-vous satisfait par cette prise en charge ?
 oui non

Observations :

4. Votre enfant en a t-il tiré profit ?
 oui non

Observations :

5. Le contact a t-il été gardé : (visite, courrier, fax, mail,...)

- avec la classe : oui non
- avec les professeurs : oui non

6. Le travail à domicile a t-il été pris en compte dans l'établissement ?
.....
.....

7. Avez-vous des propositions à nous suggérer pour l'amélioration de ce service ?
.....
.....

Fait à le

Signature,