|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DEMANDE** | *émanant de* | **Date** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOM PRENOM** |  | **Né(e)** le |

**ADRESSE :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nom** | **Profession** | **Téléphone** | **e-mail** |
| Père |  |  |  |  |
| Mère |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Interruption scolaire** | **Motif** | **Durée prévisible** : | **Depuis le** : |

*Si hôpital ou centre de soins*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Référent** | Fonction | **Téléphone** | **Service** |
|  |  |  |  |

**LIEU d’INTERVENTION ⬜ domicile ⬜ hôpital ⬜ autre**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement scolaire** | |  | | | **Tél** : |
| **Classe :** | | **Adresse :** | | | |
|  | Nom | | Téléphone | Adresse e-mail | |
| **Chef Etab.** |  | |  |  | |
| **CPE ou Infirm.** |  | |  |  | |
| **PP** |  | |  |  | |
| **Profs** |  | |  |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **VISITE effectuée par** | Le : |

**Enseignants APEMA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Matière(s)**  **demandées** | **Nom** | **Téléphone** / **e-mail** | **Date ok** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Courrier *Etablissement*:**  ***Parents* :** | **Observations (sauf confidentielles**) |
|  |
| **Fin des cours le** : |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **CERTIFICAT MEDICAL** : ⬜ oui ⬜ non | **COTISATION**  **le** |