



Service d'Assistance  
Pédagogique à Domicile  
Aide pédagogique  
aux enfants  
Malades ou accidentés  
de l'Hérault  
Tél. 04 67 40 73 08  
Fax : 04 67 41 27 83  
sapad@adpep34.org



Réf : Circ N° 98/151  
du 17.07.1998  
BO N° 30

SERVICE D'ASSISTANCE PÉDAGOGIQUE A DOMICILE EN FAVEUR  
DES ENFANTS OU ADOLESCENTS ATTEINTS DE  
TROUBLES DE LA SANTE

**A COMPLETER, SIGNER ET RETOURNER AU SERVICE SAPAD**

Elève :

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_

**Date de naissance :** \_\_\_\_\_

**Classe :** \_\_\_\_\_ **Enseignant principal :** \_\_\_\_\_

**Nom et prénom du représentant légal :** \_\_\_\_\_

**Adresse :** \_\_\_\_\_

**Code Postal :** \_\_\_\_\_ **Ville :** \_\_\_\_\_

**Téléphone domicile :** \_\_\_\_\_ **Mail :** -----@-----

**Etablissement scolaire :** \_\_\_\_\_

**Ville :** \_\_\_\_\_ **Téléphone :** \_\_\_\_\_

Motif de la demande :

**MALADIE :**  ou **ACCIDENT :**   
Médecin référent : \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Début de l'absence scolaire : le \_\_\_\_\_

Durée prévisible de l'assistance pédagogique à domicile : du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

**(Joindre un certificat médical sous pli cacheté à l'attention du Médecin Responsable Départemental)**

Aide pédagogique souhaitée :

**Matières :** \_\_\_\_\_

**Adresse précise prévue pour le lieu d'intervention :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Téléphone :** \_\_\_\_\_

Fait à : \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature du représentant légal

ADPEP 34 - SAPAD  
21 rue Jean Giroux  
CS 27380  
34184 MONTPELLIER CEDEX  
Tél : 04 67 40 73 08 / 06 10 83 25 49  
Fax : 04 67 41 27 83 / Mail : [sapad@adpep34.org](mailto:sapad@adpep34.org)