



# S.A.P.A.D.

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

Date de la demande : ..... PREMIERE DEMANDE  PROLONGATION

Pour l'élève NOM:.....Prénom :.....

né(e) le : ..... Adresse : .....  
..... Classe : .....

### Identité et coordonnées des parents ou du responsable légal:

Nom : ..... Prénom: .....

Qualité : ..... Mail : .....

Tel. fixe : .....Portables : .....

Hospitalisation OUI  NON  Si oui, nom de l'hôpital : .....

SAPAD demandé à partir du : .....Durée estimée: .....

**Signature des parents ou du responsable légal précédée de la mention : « pour accord »**

Etablissement scolaire: .....

Adresse : .....

..... Tél : .....

**Signature du directeur ou du chef d'établissement :**

Cette demande doit être accompagnée d'un **certificat médical détaillé** sous enveloppe cachetée et être adressée à :

**DSDEN LOIRE**  
**Madame le Médecin Conseiller Technique**  
**9, 11 rue des Docteurs Charcot**  
**42023 Saint Etienne fax : 04.77.81.41.63**

### Avis du Médecin Conseiller Technique

Favorable

Défavorable

SAPAD accordé du .....au .....

Observations : .....

..... Docteur Myriam Sciaux-Longuet

Saint-Etienne, le ..... Le médecin conseiller technique de l'inspecteur académique