|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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** |