



Association départementale  
des Pupilles de l'Enseignement Public

BP 23 - 23 rue A. Audubert  
19001 TULLE CEDEX

Tél. : 05.55.20.01.41  
Fax : 05.55.20.03.01

Mél. : solidarite@pep19.org

Cité administrative  
Jean Montalat  
BP 314  
19011 TULLE CEDEX



# SAPAD

## DEMANDE D'ASSISTANCE PEDAGOGIQUE A DOMICILE

En réf. : circulaire n° 58-151 du 17 juillet 1998

A retourner à la coordinatrice du SAPAD : Madame MONTHIEU

### **SAPAD 19**

MAISON DES ADOS

2 av du Président Roosevelt

19100 Brive

☎ : 05.55.87.67.78

[catherine.monthieu@ac-limoges.fr](mailto:catherine.monthieu@ac-limoges.fr)

### 1- ETAT CIVIL

Nom et prénom de l'élève :	Nom et adresse des parents :
Date de naissance :	N° de téléphone :

### 2- SITUATION DE L'ELEVE

Date de l'arrêt des cours :	Date de reprise éventuelle :
Etablissement scolaire fréquenté :	Classe :
Personne ressource de l'établissement : Fonction :	Contact (tél., mail) :

### 3- RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

- Possibilité de prise en charge complémentaire d'une assistance pédagogique à domicile par assurance ou mutuelle :  
OUI  NON  Nom de l'organisme : .....

**Dans ce cas contacter les PEP19**

- Y a-t-il un problème d'accessibilité physique de l'élève vers ou dans l'établissement ? **OUI – NON**

- Quelles dispositions ont été prises pour la transmission des cours et des devoirs ?  
.....

- Une présence à temps partiel est-elle envisageable en complément de l'APAD ? **OUI – NON**

☞ Joindre, à chaque demande, un **certificat médical** précisant la durée de l'interruption scolaire. Le diagnostic médical doit être joint sous pli confidentiel au **Docteur Blavignac**, médecin responsable départemental, à l'adresse suivante :  
Centre Médico Scolaire 5 rue Louisa Paulin 19000 Tulle.

### 4- NATURE DES PROPOSITIONS ET HEURES ATTRIBUEES

Discipline	Nombre d'H/semaine demandées par l'établissement	Nombre d'heures accordées par le SAPAD	Nom, prénom et établissement des enseignants

A ....., le .....

Signature des parents (ou responsable légal)

Signature du chef d'établissement  
ou du directeur d'école

Avis du médecin du service de promotion de la santé en faveur des élèves certifiant que l'état de santé de l'intéressé(e) requiert l'intervention du dispositif :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Date et signature

**BON POUR ACCORD,**

**Tulle, le**

**Nombre total d'heures accordées**

La coordinatrice SAPAD

Le Directeur Général  
des PEP19

Le médecin responsable  
départemental

Le responsable du service  
pour la direction des  
services départementaux de  
l'éducation nationale  
IEN ASH

Mme C. MONTHIEU

M. R. LACHENAUD

Mme I. BLAVIGNAC

Mme C. LAVERGNE