

4- NATURE DES PROPOSITIONS ET HEURES ATTRIBUÉES

Discipline	Nombre d'heures/semaine demandées par l'établissement	Nombre d'heures accordées <i>cadre réservé à l'APADHE</i>	Nom et prénom des enseignants Établissement d'affectation

A

, le

Signature des parents (ou responsables légaux)

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

Signature sur document papier ou saisir vos initiales sur document numérique

Avis du médecin scolaire certifiant que l'état de santé de l'intéressé(e) requiert l'intervention du dispositif :

Nom, date et signature :

Nom :

Le

Tulle, le

BON POUR ACCORD,

Nombre total d'heures accordées :

La coordinatrice APADHE

Le médecin scolaire

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

Mme S. SOUSA DOMINGOS

Mme D. CERDA