|  |  |
| --- | --- |
| **Service d’accompagnement pédagogique à domicile,  à l’hôpital ou à l’école** SAPADHE  Affaire suivie par :  Pauline Bergeret  Tél : 01 43 93 74 28  Mél : [ce.93sapad@ac-creteil.fr](mailto:ce.93sapad@ac-creteil.fr)  8 rue Claude Bernard  93 008 BOBIGNY Cedex  [www.dsden93.ac-creteil.fr](http://www.dsden93.ac-creteil.fr) |  |

**Fiche de renseignements relatifs à l’enseignante ou à l’enseignant s’engageant dans un projet d’APADHE**

€ Madame € Monsieur Nom : Prénom :

*Facultatif :* adresse du domicile :

Téléphone personnel : Adresse mèl professionnelle :

**Premier degré :** **Statut**:

Numéro de sécurité social :

**Second degré :** **Statut** : (agrégé, certifié, PLP, contractuel…) :

Discipline enseignée :

Code RNE de l’établissement dans lequel vous exercez :

***Intervient auprès de l’élève :***

Nom : ……………………………………………………………………………………….

Prénom : ………………………………………………………………………………….

Inscrit dans la classe de : ………………………………………………………………..

*souligner* : - enseignant dans la classe de l’élève

- professeur principal de la classe de l’élève (second degré)

- enseignant dans l’établissement scolaire de l’élève

- enseignant dans un autre établissement scolaire

**A ne renseigner que si vous enseignez dans un établissement scolaire différent de celui de l’élève**

Nom de l’établissement: Ville  :

**Nombre d’heures d’intervention maximum prévues par semaine :**

**pour la période du : au soit semaines**

Mode d’intervention : Présentiel – Distanciel (uniquement sur avis médical)

Lieu(x) de l’intervention : Domicile – Etablissement scolaire

Autre(s) lieu(x) :

Adresse :

***Rappel : Un document « Bilan » sera à envoyer au SAPADHE en fin de d’APADHE***