

S.A.P.A.D.
Service d'Assistance
Pédagogique
A Domicile
Aux élèves malades ou accidentés



Date de la demande : PREMIERE DEMANDE PROLONGATION

Pour l'élève : NOM : **Prénom :** né(e) le :

Adresse :

Etablissement scolaire fréquenté :

Adresse :

Tél. : Classe :

Hospitalisation OUI NON Si oui, nom de l'hôpital

SAPAD demandé à partir du.....

Durée estimée de l'intervention du SAPAD :

Identité et coordonnées des parents ou du responsable légal :

Nom Prénom : Qualité :

Tél. fixe : Portable : Mail :

Signature des parents ou du responsable légal :
« pour accord »

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

Inspection Académique de la Savoie
Service de promotion de la santé en faveur des élèves
A l'attention du Médecin Conseiller Technique
131 route de Lyon
73 018 Chambéry

Tél : 04 57 08 70 70 - Fax : 04 79 75 09 56

Avis du Médecin conseiller technique

Favorable Défavorable

SAPAD accordé du..... au.....

Observations :

Chambéry le :, Le Médecin Conseiller Technique,.....