

**S.A.P.A.D.**  
**Service d'Assistance Pédagogique**  
**A Domicile**  
**aux enfants et adolescents**  
**malades ou accidentés**

Date de la demande : ..... PREMIERE DEMANDE  PROLONGATION

Pour l'élève NOM:.....Prénom :.....

né(e) le : ..... Adresse : .....  
..... Classe : .....

**Identité et coordonnées des parents ou du responsable légal**

Nom : ..... Prénom: .....

Qualité : ..... Mail : .....

Tel. fixe : .....Portables : .....

Hospitalisation OUI  NON  Si oui, nom de l'hôpital : .....

SAPAD demandé à partir du : .....Durée estimée: .....

**Signature des parents ou du responsable légal précédée de la mention : « pour accord »**

---

Etablissement scolaire: .....

Adresse : .....

..... Tél : .....

**Signature du directeur ou du chef d'établissement :**

---

Cette demande doit être accompagnée d'un **certificat médical détaillé** sous enveloppe cachetée et être adressée à : **Direction des Services Départementaux de l'Education Nationale de l'Ain**  
**A l'attention du médecin conseiller technique**  
**7, avenue Jean-Marie Verne - 01000 BOURG EN BRESSE**  
Tel : 04 74 21 29 28 – Fax : 04 74 32 06 07 - Courriel : [ce.ia01-ssanelv@ac-lyon.fr](mailto:ce.ia01-ssanelv@ac-lyon.fr)

---

**Avis du Médecin conseiller technique**

Favorable  Défavorable

SAPAD accordé du .....au.....

Observations : .....

.....

Bourg-en-Bresse, le ..... Dr LAPIERRE Isabelle

