

## A renseigner par l'établissement scolaire

### Service d'Assistance Pédagogique A Domicile (S.A.P.A.D)

#### PROJET PEDAGOGIQUE

Nom Prénom élève : ..... Classe : .....

ETABLISSEMENT SCOLAIRE : .....

**REFERENT ETABLISSEMENT** POUR SUIVI SITUATION DE L'ELEVE : .....

Tél : ..... Mail : .....

Mail du professeur principal (ou enseignant élève si 1<sup>er</sup> degré) : .....

#### A] SITUATION DE L'ELEVE :

Préciser si l'élève a une reconnaissance MDPH :  oui  non

Déscolarisation complète

Scolarisation à temps partiel (*joindre **obligatoirement** l'emploi du temps aménagé de l'élève*)

PAI :  oui  non

PPRE :  oui  non

Absences fréquentes et ponctuelles (*+ de 15 jours non consécutifs sur un trimestre\**)

**\*Indiquer nombre de demi-journées d'absence depuis le début de l'année scolaire :** .....

#### B] LIEU DES COURS (*plusieurs choix possibles*)

à domicile

établissement scolaire

hôpital/centre de rééducation

autre (lieu-tiers): .....

##### LIEU N°1

Nom personne ou structure :

.....

Adresse : .....

.....

Tél : ..... port : .....



: .....

##### LIEU N°2

Nom personne ou structure :

.....

Adresse : .....

.....

Tél: ..... port : .....



: .....



**C] OBJECTIFS DE L'AIDE** (plusieurs choix possibles)

- Poursuite des apprentissages afin de préparer un retour dans l'établissement scolaire en cours d'année :
  - à temps plein
  - partiel ou progressif en fonction de l'évolution de l'état de santé
- Maintien du lien avec la scolarité en attente d'une autre solution :
  - admission dans une structure spécialisée (soin, médico-social, ULIS...)
  - inscription au CNED
  - autre : .....
- Préparation d'un examen (CFG, DNB, BAC...) A préciser : .....
- Remobilisation de l'élève autour des apprentissages (« raccrochage scolaire »)
- Autre (à préciser) : .....

**D] BESOINS PEDAGOGIQUES**

Matières souhaitées prioritairement :

1-..... 2-..... 3-.....

**E] ORGANISATION DE L'AIDE**

A préciser :  Première demande  prolongation

Aide prévue du ..... au .....

Matière/discipline	Nb de semaines	Nb séquences hebdomadaires	Total d'heures	Nom et mail enseignant intervenant
<b>Total :</b>				

**Préciser :**  les horaires des cours seront convenus directement entre les enseignants et la famille/l'hôpital /lieu-tiers  
 un planning des cours a été établi en accord avec la famille (**\*joindre planning**)

Bilan prévu le ..... à la demande de .....

**accord du représentant légal de l'élève sur le projet pédagogique**

Signature du chef d'établissement/directeur d'école  
(ou du référent de l'établissement pour le suivi de l'élève)

Observation(s) de la coordonnatrice SAPAD :

.....  
.....

Document à retourner à  
l'adresse suivante :  
**Les PEP 01-SAPAD**  
Maison de l'Education  
7, avenue Jean-Marie Verne  
01000 BOURG EN BRESSE  
[sapad01@lespep01.org](mailto:sapad01@lespep01.org)

**Après validation :**  
> copie au médecin conseiller-technique  
> copie au représentant légal de l'élève