

## DEMANDE D'ASSISTANCE PEDAGOGIQUE

à faire parvenir à  
**Mme le Médecin Conseiller Technique**  
**DSDEN66 45, avenue Jean GIRAUDOUX – CS 20348– 66002 PERPIGNAN**  
Tél : 04 68 66 28 36  
accompagnée d'un compte-rendu médical (sous pli confidentiel)

ETABLISSEMENT : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Tél : ..... Email : ce.066.....

NOM DE L'ELEVE : ..... PRENOM : .....

Né(e) le : ..... Classe : .....

Professeur Principal : .....

Absent depuis le : ..... jusqu'au.....

Date de la demande : ..... Signature et cachet du Chef d'Etablissement

NOM DU RESPONSABLE LEGAL : ..... Tel : .....

Adresse : .....

Email : .....

Accord du Responsable Légal :      oui       non       Signature

### Avis du Médecin Conseiller Technique de la DSSEN

FAVORABLE  DEFAVORABLE

..... à ..... heures de soutien retenu par semaine

Du..... Au .....

A Perpignan, le.....  
Le Médecin,

### Validation par Mme la Directrice Académique

**La DASEN**

**PROLONGATION :** Du..... au .....

Du..... au .....

A Perpignan, le .....  
Le Médecin,

Pour validation, La DASEN