

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 DSDEN

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