

## Courrier médical

à retourner avec la demande *par mail* ou sous pli cacheté :

DSDEN de La Loire

Madame Le médecin conseiller technique

Service de promotion de la santé en faveur des élèves,

11 rue des Dr Charcot, 42 023 St-ETIENNE Cedex 2

[ce.ia42-ssanelv@ac-lyon.fr](mailto:ce.ia42-ssanelv@ac-lyon.fr)

initial

prolongation

### L'élève

Nom : ..... Prénom : ..... Né(e) le : .....

### Pathologie

Nature de l'affection/diagnostic de la maladie

Description des signes cliniques qui empêchent la scolarisation ordinaire

.....  
.....  
.....  
.....

### Traitement médicamenteux

.....  
.....

### Rééducation et prises en charge

.....  
.....

Un PAI est-il mis en place ?  OUI  NON Si oui, pour quelle pathologie ? .....

### Conditions de mise en place du dispositif de l'APADHE :

Durée estimée de l'APADHE : ..... à compter du .....

Les cours auront lieu :  à domicile  à l'école  à l'hôpital  autre lieu à préciser : .....

**Nom du médecin signataire :** .....

Téléphone : ..... Mail : .....

**Date :** .....

**Signature et cachet**