

SAPAD

Service d'Assistance Pédagogique à Domicile
Association départementale APAJH - Nord
8 bis rue Bernos - BP 30018
59007 LILLE CEDEX
Tél : 03.20.43.96.10
sapadema@apajhnord.fr

FICHE CONTACT FAMILLE

Cadre à remplir par le ou les responsables légaux de l'élève concerné :

Nom et Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Tél portable père :

Tél portable mère :

Informations sur l'élève :

Nom et prénom :

Date de naissance :

Motif de l'absence : Pathologie médicale Accident

Absence qui a débuté le : Prévisible jusqu'au :

Assurance scolaire si MAE type de contrat scolaire scolaire + 24 24 + ou MAIF

L'élève relève-t-il des services de la MDPH ? oui non

Etablissement scolaire dans lequel est inscrit mon enfant :

Classe :

Adresse de l'établissement :

Ville de l'établissement :

Nom du chef d'établissement :

Je, soussigné(e), demande l'élaboration d'un protocole SAPAD pour mon enfant.

Date et signature du ou des représentants légaux