



**S.A.P.A.D.**  
**Service d'Assistance Pédagogique  
à Domicile**  
**aux enfants malades ou accidentés**

Date de la demande : ..... PREMIERE DEMANDE  PROLONGATION

**Pour l'élève** NOM: ..... Prénom : ..... né(e) le : .....

Adresse : .....

Etablissement scolaire fréquenté .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Classe : .....

Hospitalisation OUI  NON  Si oui, nom de l'hôpital .....

SAPAD demandé à partir du.....

Durée estimée de l'intervention du SAPAD .....

---

**Identité et coordonnées des parents ou du responsable légal :**

Nom .....Prénom : ..... Qualité : .....

Tel. fixe : ..... Portable : .....Mail : .....

**Signature des parents ou du responsable légal :**

« pour accord »

---

Cette demande doit être accompagnée d'un **certificat médical détaillé** sous enveloppe cachetée et être adressée à :

**Inspection Académique du Rhône - 21 rue Jaboulay - 69309 LYON CEDEX 07**  
**A l'attention du médecin conseiller technique ou faxée au : 04.72 80 69 74**

---

**Avis du Médecin conseiller technique**

Favorable

Défavorable

SAPAD accordé du.....au.....

Observations :

Lyon, le.....,

Dr CROS Christine