



CERTIFICAT MÉDICAL

ACCOMPAGNEMENT PÉDAGOGIQUE A DOMICILE A L'HÔPITAL OU A L'ÉCOLE (APADHE)

*A retourner dûment complété à la Docteure Christine LAFITTE par courrier ou courriel
(Veillez à renseigner toutes les rubriques)*

Affaire suivie par :

Docteure Christine LAFITTE

**Médecin Conseiller Technique Départemental
du Directeur de l'Académie de Paris**

Mission de Promotion de la Santé
En Faveur des Elèves

Tél : 01.44.62.47.39 ou 47.30

Mail : christine.lafitte@ac-paris.fr

Rectorat Académie de Paris

12, Boulevard d'Indochine

CS 40 049

75933 Paris Cedex 19

Nom et prénom de l'élève :

.....

Date de naissance :

Adresse du domicile :

.....

Identité des parents, portable et adresse électronique :

Père :		@
Mère :		@

Nom de l'établissement et adresse :

.....

.....

Classe fréquentée :

Durée prévisible de la pathologie occasionnant l'absence de l'élève :

.....

DIAGNOSTIC MEDICAL :

.....

Préciser la nature des soins et des prises en charge actuels :

.....

.....

.....

Dans le cadre de pathologies nécessitant l'avis d'un pédopsychiatre veuillez préciser le projet thérapeutique.

(Vous pouvez joindre à ce certificat les éléments qui permettront l'évaluation de la situation)

.....

.....

Proposition d'une mise à disposition d'un robot de téléprésence : Oui Non

Date :

Signature, nom et cachet du médecin demandant
l'APADHE: