



**DEMANDE D'ASSISTANCE  
PEDAGOGIQUE  
A DOMICILE**



à faire parvenir à  
**Mme le Médecin Conseiller Technique de la DSDEN**  
Direction Académique - BP 1080 – 66103 PERPIGNAN CEDEX  
Tél : 04 68 66 28 36 - Fax : 04 68 67 61 47  
**accompagnée d'un compte-rendu médical (sous pli confidentiel)**

**ETABLISSEMENT** : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Tél : ..... Fax ..... @ : .....

**NOM DE L'ELEVE** : ..... **PRENOM** : .....

né(e) le : ..... Classe : .....

Enseignant Principal.....

Absent depuis le ..... jusqu'au .....

Date de la demande : ..... Signature et cachet du Chef d'établissement

**NOM DU RESPONSABLE LEGAL**..... **TEL** : .....

Adresse .....

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**  
**M. Le Directeur Académique**

**Le DASEN,**

**PROLONGATION** du ..... au .....  
et du ..... au .....

A Perpignan, le .....

**Le Médecin,**

**Pour validation, Le DASEN,**