

**FICHE RECAPITULATIVE INDEMNITES APADHE  
(Aide Pédagogique A Domicile, A l'Hôpital et A l'Ecole)  
H.S.E. (Heures Supplémentaires Effectives) 1er degré**

**Enseignant ayant assuré l'assistance pédagogique à domicile**

Nom		Prénom	
Grade		École d'affectation	
Circonscription			

**Élève concerné par l'assistance pédagogique à domicile**

Nom		Prénom	
Classe		Ecole	
Période d'absence			
Motif	maladie	accident	

**Contenu et organisation de l'assistance pédagogique à domicile**

Contenu			
Période de mise en place de l'APADHE	du		au
Fréquence (jours, heures, durée)			

**La mission**

Ordre de mission établi pour la période	du		au
Signé par :			
Nombre d'indemnités effectives :			

**Signatures**

Le professeur des écoles	Visa de l'IEN de circonscription
Le directeur de l'école	Madame l'Inspectrice d'Académie Anne MIQUEL VAL