

**FICHE RECAPITULATIVE INDEMNITES APADHE
H.S.E. POUR L'ASSISTANCE PEDAGOGIQUE A
DOMICILE, A L'HOPITAL ou à L'ECOLE pour des
élèves fréquentant un établissement du second degré**

ENSEIGNANT AYANT ASSURE L'ASSISTANCE PEDAGOGIQUE A DOMICILE

Nom Prénom
Grade.....
Etablissement d'affectation

ELEVE CONCERNE PAR L'ASSISTANCE PEDAGOGIQUE A DOMICILE

Nom Prénom.....
Etablissement.....
Classe
Période d'absence.....

CONTENU ET ORGANISATION DE L'ASSISTANCE PEDAGOGIQUE A DOMICILE

.....
.....
.....

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

VALIDATION DE LA MISSION :

Ordre de mission établi pour la période du au
Signé par :

NOMBRE D'H.S.E. :

Signature de l'enseignant

Signature du chef d'établissement
