

## SAPAD

Service d'Assistance Pédagogique à Domicile  
Association départementale APAJH - Nord  
8 bis rue Bernos - BP 30018  
59007 LILLE CEDEX  
Tél : 03.20.43.96.10  
[sapadema@apajhnord.fr](mailto:sapadema@apajhnord.fr)

## FICHE CONTACT FAMILLE

---

**Cadre à remplir par le ou les responsables légaux de l'élève concerné :**

Nom et Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Tél portable père :

Tél portable mère :

### **Informations sur l'élève :**

Nom et prénom :

Date de naissance :

Motif de l'absence :  Pathologie médicale  Accident

Absence qui a débuté le :  Prévisible jusqu'au :

Assurance scolaire si  MAE type de contrat  scolaire  scolaire +  24  24 + ou  MAIF

L'élève relève-t-il des services de la MDPH ?  oui  non

Etablissement scolaire dans lequel est inscrit mon enfant :

Classe :

Adresse de l'établissement :

Ville de l'établissement :

Nom du chef d'établissement :

Je, soussigné(e) ....., demande l'élaboration d'un protocole SAPAD pour mon enfant.

Date et signature du ou des représentants légaux