

Nice, le 8 septembre 2006

L'Inspecteur d'Académie

à

Mesdames, Messieurs, les Directeurs d'école  
s/c Mesdames, Messieurs les Inspecteurs  
chargés de circonscription du 1<sup>er</sup> degré,  
Mesdames, Messieurs, les Chefs  
d'établissement,  
Mesdames, Messieurs, les Médecins de  
l'Education Nationale.

**Inspection  
Académique**

Boulevard Slama  
BP 3001  
06201 Nice cedex 3

Téléphone  
04 93 72 63 00

Télécopie  
04 93 72 64 17

Mèl  
ia06@ac-nice.fr

[www.ac-nice.fr/ia06](http://www.ac-nice.fr/ia06)

**Division de  
l'organisation scolaire**

**SAPAD**

Affaire suivie par  
Véronique fratti  
coordonnatrice  
Téléphone  
04 93 72 64 06  
Télécopie  
04 93 72 63 61  
Mèl  
Veronique.fratti  
@ac-nice.fr

**Objet :** Assistance pédagogique à domicile en faveur des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période.

Réf : Circulaire ministérielle n°98-151 du 17/07/1998 – BO n°30 du 23/07/1998.

J'ai l'honneur de vous rappeler les dispositions de la circulaire ministérielle citée en référence.

Le dispositif que je vous propose a pour but de permettre à l'élève qui ne peut être accueilli dans son établissement scolaire compte tenu de son état de santé, de poursuivre les apprentissages scolaires, d'éviter des ruptures de scolarité, de maintenir si possible le lien avec son établissement et ses camarades, afin de faciliter son retour en classe.

La procédure mise en place est la suivante :

1. Dès qu'un enfant est en arrêt de maladie supérieur à trois semaines, ou bien souffre d'une maladie chronique entraînant des absences fréquentes, il appartient aux établissements de se mettre en rapport avec la famille et de proposer l'intervention du Service d'Assistance pédagogique à domicile.
2. Le modèle du dossier de demande peut être téléchargé sur le site de l'Inspection Académique . Il doit être adressé, une fois complété, au SAPAD.
3. Si les ressources de l'établissement permettent de proposer un enseignant, il convient de faire remplir la fiche de candidature (dont le modèle peut également être téléchargé) par cet enseignant.



2/2

Dans un souci d'efficacité, et devant le nombre croissant d'enfants ou adolescents faisant appel à nos services au cours de leur maladie, je vous demande de bien vouloir mobiliser, au sein de votre établissement toutes les ressources disponibles. Je pense notamment aux professeurs en sous-service, ainsi qu'aux TZR en Collège et Lycée auxquels une participation doit être proposée dès qu'un élève de votre établissement a recours au Sapad.

### **Réception et étude du dossier à l'Inspection Académique**

Après une concertation avec les différents partenaires concernés (établissement scolaire, médecins, famille, enseignants..), l'Inspecteur d'Académie arrête sa décision en fonction des propositions de l'établissement ou de l'école, de l'avis du médecin de l'Education Nationale et des moyens disponibles.

Il pourra le cas échéant, orienter la demande vers une association partenaire , notamment si l'élève peut être pris en charge par son assurance scolaire .

- Il est prévu par la circulaire n° 98.151 du 17/07/1998 de faire appel aux enseignants des élèves concernés et de les rémunérer en heures supplémentaires, s'ils assurent ces fonctions en dehors de leur temps de service. Ces heures supplémentaires sont rémunérées en HSE dans le premier degré, et sur la base de deux HSE pour trois heures effectuées auprès de l'élève dans le second degré ceci afin de permettre à la totalité de nos élèves d'avoir l'aide scolaire qui est nécessaire à la fois à leur rétablissement et à leur maintien de niveau.
- La décision arrêtée par l'Inspecteur d'Académie est notifiée à l'établissement ou école .

Je compte sur votre engagement personnel, en liaison avec mes services, pour apporter, comme les années précédentes, l'aide la plus efficace, la plus rapide et la plus adaptée aux besoins de ces enfants ou adolescents malades.

**Bernard MACCARIO**

N° : .....

DEMANDE D'ASSISTANCE PEDAGOGIQUE A DOMICILE

Nom Prénom de l'élève :	Téléphones : Fixe portable
Date de naissance :	
Adresse de la famille : .....	
Ville : .....	

Etablissement scolaire :	tél :
Classe :	
Date de l'interruption scolaire :	
Date prévue de re-scolarisation :	

Motifs de l'interruption : maladie  accident

*Avis du Médecin Scolaire ou hospitalier*

*Nom et signature :*

I. L'élève est bénéficiaire d'une assurance permettant la prise en charge de l'assistance scolaire

oui  non

*Si oui, la famille fera intervenir l'assurance.*

II. Si non,

- Possibilité de prise en charge par un (ou plusieurs) enseignant volontaire de la classe ou de l'établissement\* :  
(remplir une fiche de candidature par enseignant et la transmettre au service)

**\*NB : L'appel aux professeurs en sous service ou aux professeurs TZR en attente d'un remplacement doit être privilégiée mais ne peut donner lieu à attribution d'heures supplémentaires.**

• **Pas de possibilité de prise en charge par l'établissement scolaire :**

Il peut être fait appel à des enseignants de l'Education Nationale volontaires pour intervenir auprès des élèves malades, ou à des enseignants adhérents d'une Association partenaire .

L'orientation vers une association agréée est acceptée par la famille.

oui  non

• **Moyens matériels disponibles au sein de la famille.**

Ordinateur  Adresse électronique @ : .....

Fax :

Fait à le

**Signature de la famille :**

**Signature du Chef d'Etablissement  
ou du Directeur d'école**

---

**Réservé au service**

Décision IA :

Prise en charge état  oui **heures attribuées:** .....  
 non

**Ou** prise en charge TZR ou sous service  .....

Matériel fourni  .....

**motif**

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

Orientation vers une association partenaire  .....

A Nice le :

**Pour l'Inspecteur d'Académie,  
L'Inspecteur de l'Education Nationale Adjoint  
Au DSDEN**

**Y. DEVERRE**

*POUR INTERVENTION AUPRES DES ELEVES MALADES DANS LE  
CADRE DE L' ASSISTANCE PEDAGOGIQUE A DOMICILE*

**NOM , Prénom, de l'enseignant volontaire**

.....

Adresse : .....

.....

Ville : ..... CP

**TELEPHONE**

Fixe ..... Portable

adresse@

.....

**Numero de sécurité sociale :**

- *Professeur des écoles*      •
- *Professeur secondaire*      •

• *Matière* .....

- *Niveau d'enseignement*

**ADRESSE ADMINISTRATIVE**

*Les professeurs du premier degré sont indemnisés sur le tarif de l'HSE et effectuent des séances de 45 minutes auprès des élèves.*

*Les enseignants du second degré sont indemnisés sur la base de 2 HSE pour 3 heures effectuées auprès de l'élève. Il n'y a pas de remboursement des frais de déplacement.*

**L'enseignant volontaire qui souhaite intervenir auprès d'élèves malades accepte ces conditions.**

*Date et signature :*

Merci de retourner cette fiche à :

**Inspection académique des Alpes Maritimes**

**SAPAD**

Boulevard Slama BP 3001

06201 NICE CEDEX

fax 04.93.72.63.61

mail : veronique.fratti@ac-nice.fr

*L'assistance pédagogique à domicile prend en charge tous les élèves du département des Alpes Maritimes atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période ( circulaire N° 98-151 du 17-7-98).  
L'intervention des enseignants des élèves est une aide au rétablissement et essentielle à la réintégration en milieu ordinaire .*