

**Demande de matériels pour la rentrée scolaire 20 ... / 20 ...**

| RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ELEVE  |                           |
|--|---------------------------|
| Nom : .....  | Prénom : .....            |
| Date de naissance : .....  | Lieu de naissance : ..... |
| Handicap : .....   |                           |
| L'élève bénéficie-t-il cette année d'un AVS : ..... Durée de l'attribution : ..... |                           |
| Quel type d'aide lui apporte-t-il ? .....  |                           |
| .....  |                           |
| La demande d'AVS est-elle reconduite pour l'année prochaine ? .....                |                           |

| Année scolaire en cours      |
|------------------------------|
| Etablissement :<br>(Adresse) |
| Classe :                     |

| Scolarité prévue en 20 ... / 20 ... |
|-------------------------------------|
| Etablissement :<br>(Adresse)        |
| Classe :                            |

| RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE RESPONSABLE LEGAL |  |
|--|--|
| Nom : .....                                    | Prénom : .....                               |
| Adresse : .....                                |  |
| .....  |  |
| Téléphone : ...../...../...../...../.....      | Autres (GSM) : ...../...../...../...../..... |

**Pièces à joindre dans ce dossier**

Pour la déficience motrice, et si nécessaire, l'avis de l'ergothérapeute sous pli cacheté à l'attention du Médecin conseiller technique de l'Inspecteur d'Académie.



**MATERIEL PEDAGOGIQUE ADAPTE AU BENEFICE**  
**D'ELEVES PRESENTANT**  
**DES DEFICIENCES SENSORIELLES OU MOTRICES**

Type et référence précis de matériels pédagogiques dont l'utilisation est envisagée  
 (si matériel spécifique un devis est à établir)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Si l'enfant a déjà été bénéficiaire d'un matériel pédagogique adapté**  
 (compléter ci-dessous)

|  |  |
|--|--|
| <b>Type de matériel</b>                    |  |
| <b>A quelle date</b>                       |  |
| <b>Organisme qui a financé ce matériel</b> |  |

Date : ..... / ..... / 200....

Signature des Parents :



**MATERIEL PEDAGOGIQUE ADAPTE AU BENEFICE**  
**D'ELEVES PRESENTANT**  
**DES DEFICIENCES SENSORIELLES OU MOTRICES**

**A compléter par LE ou LES ENSEIGNANTS de l'élève**

**Avis** circonstancié sur l'intérêt de l'utilisation du matériel dans l'aide pédagogique

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date : ..... / ..... / 20.....

Signature :



Le matériel demandé nécessite-t-il une formation pour :

l'élève

La famille

l(es) enseignant(s)

Si besoin de formation, précisez : .....

.....



Maintenance à prévoir :

oui    non

Si **oui**, précisez : .....

.....



\* M H 0 1 9 0 3 \*