

FICHE INTERVENTION
ASSISTANCE PEDAGOGIQUE AUX ENFANTS MALADES

Afin de permettre le traitement de votre dossier individuel, veuillez compléter et retourner le plus rapidement possible cette fiche à l'Association Départementale des PEP à l'adresse indiquée au bas de la feuille

(à compléter par l'AD PEP 81)

Période du au

N° Matricule :

NOM : Nom de Naissance : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

N° Téléphone fixe : N° Portable : Adresse électronique :

Date de naissance : / / Lieu de naissance : Département :

N° Sécurité sociale : (15 chiffres) _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ _ / _ _ _ / _ _

Etes-vous fonctionnaire de l'Education nationale : OUI – NON (1)

Si oui : Corps d'appartenance : Matière(s) enseignée(s) :

Si non : Profession : Matière(s) enseignée(s) :

Etes-vous employé(e) à temps complet : OUI – NON (1) – à temps partiel : OUI – NON (1) : si oui etp :

Etablissement de rattachement ou Employeur : (nom & adresse) :

.....

Zone d'intervention possible :

.....

Fait à, le

Signature de l'intéressé(e)

(1) : Barrer la mention inutile