



### JUSTIFICATIF D'INTERVENTION A DOMICILE

(à remplir par l'intervenant et à renvoyer au coordinateur à la fin de la période de prise en charge)

L'INTERVENANT : .....

L'Elève : .....

Classe : .....Etablissement scolaire:.....

Date	Matières	Horaire	Signature du parent

**Certifié exact**

Fait à .....le .....

Signature de l'enseignant



# BILAN PEDAGOGIQUE : Observations éventuelles

Elève : .....

**- Relations avec l'élève :**

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

**- La famille :**

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

**- Conditions de travail**

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

**- Contraintes particulières liées à la maladie**

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

**- Autres :**

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

**- Conclusion**

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

Date :

Signature :



ACADEMIE DE LA MARTINIQUE

**SAPAD**  
Service d'Assistance Pédagogique A Domicile

Réf : circulaire  
n° 98/151  
du 17/07/1991 - BO n°30

**ETAT DE PAIEMENT DES HEURES EFFECTIVES  
HORS VS – VACATION**

(1)

ETABLISSEMENT :

NATURE DE L'ACTIVITE FINANCEE (2) : **Aide Pédagogique à Domicile**

Chapitre :

Article :

HEURES SUPPLEMENTAIRES EFFECTIVES - d'enseignement  
- de surveillance

HEURES A TAUX SPECIFIQUES

P.A.E.

F.A.I.

SOUTIEN

VACATION

NOM :

Prénom :

N° d'identification (INSEE + CLE) :

Grade :

Etablissement d'affection :

Classe :

Discipline :

Heures dues :  
(ORS)

BANQUE ou CCP (3)

N° de CPE

Mois et Année	Nbre d'heures ou de vacations effectuées	Cadre réservé à l'administration					
		Code	Taux	Total brut			A payer

Certifié le service fait

Arrêté le présent état à la somme de :

Date – Cachet

(1) A remplir avec précision  
(2) Joindre la notification d'intervention ou contrat. Pour l'aide au travail personnel des élèves de Bac-Pro, préciser le nombre d'heures en 1<sup>ère</sup> et en Terminale

Signature du chef d'établissement