

Accompagnant des Elèves en Situation de Handicap (AESH)

ORDRE de Mission sans frais

NOM et prénom de l'AESH :

.....

Date de naissance :

Elève(s) suivi(s) :

.....

.....

PIAL/PAS :

.....

.....

Etablissement(s) d'affectation :

.....

.....

**Demande à compléter et à adresser à la DPAEL selon
votre département :**

- DPAEL – Département de la Seine-Maritime (76)
aesh76@ac-normandie.fr
- DPAEL – Département de l'Eure (27)
aesh27@ac-normandie.fr
- DPAEL – Département du Calvados (14)
aesh14@ac-normandie.fr
- DPAEL – Département de la Manche (50)
aesh50@ac-normandie.fr
- DPAEL – Département de l'Orne (61)
aesh61@ac-normandie.fr

Est autorisé-e à se rendre : le de h..... à h.....

Objet :

Lieu :

Visa du pilote de PIAL/PAS

A, le.....

Signature :

Visa de l'employeur – (DPAEL)

A, le.....

Signature :