



**DOSSIER DE DEMANDE D'AFFECTATION POUR PRIORITE
MEDICALE DANS UN EPLE
Rentrée scolaire 2016**

Ce dossier doit être renvoyé à la direction des services départementaux de l'Éducation nationale (Service Scolarité), au plus tard le mardi 17 mai 2016, délai de rigueur, accompagné des éléments suivants :

- avec l'avis du médecin de l'Éducation nationale (Annexe 3),
- avec l'avis du conseiller d'orientation- psychologue,
- avec l'avis de l'Inspecteur de l'Éducation nationale, chargé de l'enseignement technique et professionnel, si nécessaire,
- photocopies des bulletins scolaires des 1^{er} et 2^{ème} trimestres,
- photocopie de la fiche de dialogue.

À REMPLIR PAR LA FAMILLE	L'ELEVE	
	NOM : _____	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M (1)
	Prénom : _____	INE : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Date de naissance : _____	
	Adresse : _____	
	Téléphone : _____	
	Adresse mail responsable légal : _____	
	Établissement fréquenté : _____	
Classe : _____ <i>(1) cocher la case correspondante</i>		

À REMPLIR PAR LA FAMILLE	DEMANDE DE LA FAMILLE	
	ATTENTION – Recommandation importante	
	Formuler au moins 3 vœux d'établissement et de spécialité différente	
	Formations	Établissements - Ville
	1 ^{er} vœu
	2 ^{ème} vœu
	3 ^{ème} vœu
	4 ^{ème} vœu
5 ^{ème} vœu	
Date et signature du responsable		
Signature de l'élève		

Proposition d'orientation du chef d'établissement de l'établissement fréquenté

3^{ème} prépa pro 1^{ère} année CAP (préciser si entrée en ULIS Oui Non) 2^{nde} professionnelle
 2^{nde} GT
 1^{ère} pro (après une terminale CAP) Mention complémentaire Autres (préciser)

Observations éventuelles :

Date et signature

Avis du professeur principal

Date et signature :

Avis du conseiller d'orientation-psychologue

Date et signature :

Décision du directeur académique

Avis favorable à une affectation pour priorité médicale (1)

Préciser le vœu sur lequel porte cet avis :

Vœu 1 Vœu 2 Vœu 3 Vœu 4 Vœu 5

Avis défavorable à une affectation pour priorité médicale (1)

Motivation de l'avis défavorable :

Date :

Signature :

(1) cocher la case correspondante

AVIS DU MEDECIN
DE L'ÉDUCATION NATIONALE

ANNEE SCOLAIRE 2015-2016

CERTIFICAT MÉDICAL D'ORIENTATION

Le certificat est à joindre au dossier de demande d'affectation pour priorité médicale dans un EPLE.

ETABLISSEMENT :

NOM : _____

Prénoms : _____ **Date de naissance :** .. / .. /

Classe : _____

5 vœux classés par ordre de préférence :

<i>Avis pour :</i>	<i>Pas de contre-indication</i>	<i>Contre-indique</i>	<i>Favorable à une affectation prioritaire</i>

Observations éventuelles (indications, recommandations, réserves ... concernant les conditions de travail) :

Date :

Signature et cachet du médecin :

Rappel : Le médecin devra adresser le certificat médical au chef d'établissement et une copie au médecin conseil technique départemental, accompagné d'un argumentaire détaillé.

RENTREE 2016

**FICHE D'ANALYSE DES BESOINS DE L'ÉLÈVE
EN SITUATION DE HANDICAP OU PRÉSENTANT
UN TROUBLE DE SANTÉ INVALIDANT**

FICHE À REMETTRE À L'ÉLÈVE ET À SA FAMILLE

L'élève	
Nom	
Prénom	
Adresse personnelle	
Numéros de téléphone	Tél. domicile : Tél. mobile :
Adresse mail	@
Etablissement scolaire d'origine	
Classe année en cours	

LA SITUATION EN 2015-2016

- Dossier MDPH : oui non
- Projet personnalisé de scolarisation (PPS) : oui non
- Projet d'accueil individualisé (PAI) : oui non
si oui, préciser s'il y a un protocole d'urgence : oui non

Mobilité :

- Fauteuil manuel Fauteuil électrique
- Aides techniques, lesquelles :

Les compensations notifiées pour l'année en cours :

- Aide humaine : oui non

Préciser les tâches accomplies par l'aide humaine :

.....
.....

- Aide matérielle :

- Transport (préciser) :
- Matériel(s) adapté(s) personnel(s) acquis avec la PCH : (préciser)

.....
 Accès à un lieu de confidentialité (ex : toilettes avec lavabo incorporé, armoire personnelle pour matériel de soin...), préciser :

.....

- Aménagements examens

- Secrétaire (préciser pour quelles tâches) :
- Temps majoré :
- Autres (préciser) :

ANTICIPATION DES BESOINS EN 2016-2017

- Transport spécifique envisagé :
- Autres (préciser) :