

**Demande de bonus ULIS pour affectation prioritaire sur une formation avec places ULIS fléchées**

**DOCUMENT CONFIDENTIEL**

L'ELEVE		
Nom : ..... Prénom : .....		
Date de naissance : ...../...../.....		
Adresse : .....		
.....		
.....		
Dernière classe fréquentée (précisez si SEGPA, ULIS, 3 <sup>e</sup> générale) : .....		
Pathologie ou handicap : .....		
.....		
Nature de la prise en charge/lieu et rythme des soins : .....		
.....		
.....		
Notification CDAPH <sup>1</sup> : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> EN COURS		
Date : ...../...../.....		
ETABLISSEMENT DE L'ELEVE		
Nom : .....		
Adresse : .....		
.....		
Téléphone : ..... Email : .....		
ORIENTATION ENVISAGEE		
Vœux	Formation	Etablissement
1		
2		
3		
4		
AVIS MEDICAL		
Diagnostic médical : .....		
.....		
.....		
Avis du médecin sur la pertinence à accorder au bonus : .....		
.....		
.....		
.....		

<sup>1</sup>Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes handicapées

### DETERMINATION DES CONTRE-INDICATIONS

- Travaux sur machines dangereuses,
- Travaux en hauteur,
- Position assise prolongée,
- Position debout prolongée,
- Port de charges lourdes,
- Produits toxiques ou allergisants respiratoires,
- Produits toxiques ou allergisants cutanés,
- Métiers nécessitant une bonne vision des couleurs,
- Métiers nécessitant une bonne vision binoculaire,
- Métiers exposant aux bruits,
- Métiers exposant aux vibrations,
- Métiers en contact avec le public,
- Métiers en contact avec les enfants,
- Autres (à préciser) : .....

### APTITUDES

- Ne présente aucune contre-indication, ni inaptitude quelle que soit l'orientation choisie
- Ne présente pas d'interdiction de travailler sur des machines dangereuses

### OBSERVATIONS COMPLEMENTAIRES

- Concertation avec un COP souhaitée
- Avis spécialisé demandé

### AVIS MEDICAL

#### Du médecin scolaire

- Favorable                       Défavorable

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

Nom et signature :

CACHET

#### Du médecin conseiller technique départemental

- Favorable, exclusif                       Défavorable  
 Non exclusif selon la pathologie

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

Nom et signature :

**Cette fiche doit obligatoirement être jointe sous pli cacheté au dossier de l'élève et être envoyée à la DSDEN pour le : 12 mai (cf. p.137)**