

- Demande de bonification pour une affectation prioritaire
 Pour une 2^{de} GT, demande de dérogation de secteur au titre du « handicap » ou pour « raisons médicales »

Cette fiche confidentielle à remplir par le médecin de l'éducation nationale ou de l'établissement médico-social ou à défaut du médecin traitant, doit **obligatoirement** être transmise, **sous pli cacheté**, et être envoyée au service médical de la DSDEN pour le **16 mai**.

L'ELEVE		
Nom : Prénom :		
Date de naissance :/...../.....		
Adresse :		
Dernière classe fréquentée (précisez si SEGPA, ULIS...) :		
Pathologie ou handicap :		
Nature de la prise en charge médicale/lieu et rythme des soins :		
Dossier MDPH ¹ : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> EN COURS		
PAP : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
PAI : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Date :/...../.....		
ÉTABLISSEMENT DE L'ELEVE		
Nom :		
Adresse :		
Téléphone :		
Email :		
ORIENTATION ENVISAGEE		
Vœux	Formation envisagée (niveau + spécialité)	Établissement
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
AVIS CIRCONSTANCIE DU COORDINATEUR ULIS A REMPLIR AVANT TRANSMISSION AU MEDECIN (stages réalisés, difficultés particulières...)		
.....		

¹Maison Départementale des Personnes Handicapées

APTITUDES (à remplir uniquement pour la voie professionnelle)	
<input type="checkbox"/> Ne présente aucune contre-indication ni inaptitude, quelle que soit l'orientation choisie <input type="checkbox"/> Ne présente pas d'interdiction de travailler sur des machines dangereuses	
DETERMINATION DES CONTRE-INDICATIONS (à remplir uniquement pour la voie professionnelle)	
<input type="checkbox"/> Travaux sur machines dangereuses <input type="checkbox"/> Travaux en hauteur <input type="checkbox"/> Position assise prolongée <input type="checkbox"/> Position debout prolongée <input type="checkbox"/> Port de charges lourdes <input type="checkbox"/> Produits toxiques ou allergisants respiratoires <input type="checkbox"/> Produits toxiques ou allergisants cutanés	<input type="checkbox"/> Métiers nécessitant une bonne vision des couleurs <input type="checkbox"/> Métiers nécessitant une bonne vision binoculaire <input type="checkbox"/> Métiers exposant aux bruits <input type="checkbox"/> Métiers exposant aux vibrations <input type="checkbox"/> Métiers en contact avec le public <input type="checkbox"/> Métiers en contact avec les enfants <input type="checkbox"/> Autres :
AVIS MEDICAL	
Avis du médecin sur l'attribution d'un bonus (<i>préciser le niveau de la formation d'accueil/spécialité et l'établissement</i>) :	
Avis du médecin sur la pertinence de fréquenter un internat :	
Date :/...../..... Nom et signature du médecin :	
OBSERVATIONS COMPLEMENTAIRES	
<input type="checkbox"/> Concertation avec un psy-EN souhaitée <input type="checkbox"/> Avis spécialisé demandé :	Du médecin conseiller technique départemental ou son représentant siégeant en commission <input type="checkbox"/> Favorable, exclusif <input type="checkbox"/> Défavorable <input type="checkbox"/> Non exclusif selon la pathologie Date :/...../..... Nom et signature :
PIECES A JOINDRE AU DOSSIER	
<input type="checkbox"/> Copie des bulletins scolaires ou bilans périodiques des 1 ^{er} et 2 ^e trimestres de l'année en cours <input type="checkbox"/> Avis du psy-EN sur papier libre, sous pli confidentiel à adresser aux IEN-IO du département <input type="checkbox"/> Formulaire d'assouplissement de la carte scolaire, pour une affectation en 2 ^{de} GT (<i>cf. fiche 25-1</i>) <input type="checkbox"/> Compte-rendus médicaux détaillés (dans le cas d'un avis formulé par un médecin traitant)	