

- 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, de l'établissement médico-social ou à défaut du médecin traitant/spécialiste, doit **obligatoirement** être transmise, **sous pli cacheté**, et être envoyée au service médical de la DSDEN pour le **15 mai**.

L'ELEVE		
Nom : Prénom :		
Date de naissance :/...../.....		
Adresse :		
.....		
Dernière classe fréquentée (préciser si Segpa, Ulis...) :		
Dossier MDPH :	<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 :		
Ville :		
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 À REMPLIR AVANT TRANSMISSION AU MÉDECIN (stages réalisés, difficultés particulières...)		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		

AVIS MEDICAL

NATURE DE LA PATHOLOGIE ET/OU DU HANDICAP (A DETAILLER)

.....

NECESSITE DE PROXIMITE DES SOINS ET/OU RYTHME DES SOINS (A DETAILLER)

.....

CONTRE-INDICATIONS

(un ou plusieurs choix possibles)

<input type="checkbox"/> Station debout pénible <input type="checkbox"/> Trouble de la communication <input type="checkbox"/> Effort prolongé <input type="checkbox"/> Port de charge lourde <input type="checkbox"/> Déplacement <input type="checkbox"/> Préhension <input type="checkbox"/> Difficulté comportementale	<input type="checkbox"/> Activité en hauteur <input type="checkbox"/> Présence d'allergènes respiratoires <input type="checkbox"/> Présence d'allergènes de contact <input type="checkbox"/> Milieu humide/froid/chaud <input type="checkbox"/> Fréquentation internat <input type="checkbox"/> Bruit <input type="checkbox"/> Autres :
---	---

Éléments d'appréciation complémentaires :

.....

Date :/...../..... Signature et cachet du médecin :

OBSERVATIONS COMPLEMENTAIRES

<input type="checkbox"/> Concertation avec un psy-EN souhaitée <input type="checkbox"/> Avis spécialisé demandé :	<p>Du médecin conseiller technique départemental ou son représentant siégeant en commission</p> <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

Copie des bulletins scolaires ou bilans périodiques des 1^{er} et 2^e trimestres de l'année en cours
 Avis du psy-EN sur papier libre, **sous pli confidentiel** à adresser aux IEN-IO du département
 Formulaire d'assouplissement de la carte scolaire, pour une affectation en 2^{de} GT (cf. fiche 24-1)
 Compte rendus médicaux détaillés (dans le cas d'un avis formulé par un médecin traitant)
 Guide d'évaluation des besoins de compensation en matière de scolarisation (GEVA-Sco)

DOCUMENT CONFIDENTIEL