

- Demande de bonification pour une affectation prioritaire  
 Pour une 2<sup>de</sup> 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		
<b>AVIS CIRCONSTANCIE DU COORDINATEUR ULIS À REMPLIR AVANT TRANSMISSION AU MÉDECIN</b>		
(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"/> Activité en hauteur
<input type="checkbox"/> Trouble de la communication	<input type="checkbox"/> Présence d'allergènes respiratoires
<input type="checkbox"/> Effort prolongé	<input type="checkbox"/> Présence d'allergènes de contact
<input type="checkbox"/> Port de charge lourde	<input type="checkbox"/> Milieu humide/froid/chaud
<input type="checkbox"/> Déplacement	<input type="checkbox"/> Fréquentation internat
<input type="checkbox"/> Préhension	<input type="checkbox"/> Bruit
<input type="checkbox"/> Difficulté comportementale	<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	<b>Du médecin conseiller technique départemental ou son représentant siégeant en commission</b>
<input type="checkbox"/> Avis spécialisé demandé : .....	
	<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<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> 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<sup>de</sup> 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**