

## FICHE DE RECENSEMENT

### CACHET DE L'ETABLISSEMENT

### LISTE DES ELEVES CONCERNES PAR UNE DEMANDE D'AFFECTION PRIORITAIRE POUR RAISON MEDICALE DANS LES EPLE (A remplir par le chef d'établissement)

- A adresser au médecin de l'Éducation nationale et au psychologue de l'Éducation nationale exerçant dans l'établissement.
- A adresser au médecin conseiller technique **auprès du directeur académique des services de l'Éducation nationale** :
  - ✓ Département **78** : Adresse mél : [ce.ia78.sante@ac-versailles.fr](mailto:ce.ia78.sante@ac-versailles.fr)
  - ✓ Département **91** : Adresse mél : [ce.ia91.sante@ac-versailles.fr](mailto:ce.ia91.sante@ac-versailles.fr)
  - ✓ Département **92** : Adresse mél : [ce.ia92.sps@ac-versailles.fr](mailto:ce.ia92.sps@ac-versailles.fr)
  - ✓ Département **95** : Adresse mél : [ce.ia95.med@ac-versailles.fr](mailto:ce.ia95.med@ac-versailles.fr)

**Retour en DSDEN le vendredi 13 mars 2020**

| NOM | PRENOM | SEXE | DATE DE<br>NAISSANCE | INE | CLASSE FREQUENTEE<br>EN 2019-2020 |
|-----|--------|------|----------------------|-----|-----------------------------------|
|     |        |      |                      |     |                                   |
|     |        |      |                      |     |                                   |
|     |        |      |                      |     |                                   |
|     |        |      |                      |     |                                   |
|     |        |      |                      |     |                                   |
|     |        |      |                      |     |                                   |
|     |        |      |                      |     |                                   |
|     |        |      |                      |     |                                   |
|     |        |      |                      |     |                                   |
|     |        |      |                      |     |                                   |
|     |        |      |                      |     |                                   |
|     |        |      |                      |     |                                   |
|     |        |      |                      |     |                                   |
|     |        |      |                      |     |                                   |
|     |        |      |                      |     |                                   |
|     |        |      |                      |     |                                   |

**DOSSIER DE DEMANDE D'AFFECTATION PRIORITAIRE  
POUR RAISON MEDICALE DANS UN EPLE**

**Rentrée scolaire 2020**

Ce dossier doit être renvoyé à la direction des services départementaux de l'Éducation nationale (Service Scolarité), **au plus tard le lundi 25 mai 2020 délai de rigueur** avec la photocopie de la fiche de dialogue et le cas échéant, avec l'avis de l'inspecteur de l'Éducation nationale, chargé de l'enseignement technique et professionnel.

|  |   |  |
|--|---|--|
| À REMPLIR PAR LA FAMILLE   | <b>L'ELEVE</b>                                |  |
|  | NOM : _____                                   | Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M (1) |
|  | Prénom : _____                                | INE : □□□□□□□□□□□□   |
|  | Date de naissance : _____                     |  |
|  | Adresse : _____                               |  |
|  | Téléphone : _____                             |  |
|  | Adresse mail responsable légal -----          |  |
|  | Établissement fréquenté : _____               |  |
|  | Classe :<br>(1) cocher la case correspondante |  |
|  | À REMPLIR PAR LA FAMILLE                      | <b>DEMANDE DE LA FAMILLE</b>                                     |
| <b>ATTENTION – Recommandation importante</b>                         |   |  |
| Formuler au moins 6 vœux d'établissement et de spécialité différente |   |  |
| Formations   |   | Établissements - Ville   |
| . 1 <sup>er</sup> vœu .....  |   | .....  |
| . 2 <sup>ème</sup> vœu .....   |   | .....  |
| . 3 <sup>ème</sup> vœu .....   |   | .....  |
| . 4 <sup>ème</sup> vœu .....   |   | .....  |
| . 5 <sup>ème</sup> vœu .....   |   | .....  |
| . 6 <sup>ème</sup> vœu .....   |   | .....  |
| . 7 <sup>ème</sup> vœu .....   | .....   |  |
| . 8 <sup>ème</sup> vœu .....   | .....   |  |
| . 9 <sup>ème</sup> vœu .....   | .....   |  |
| . 10 <sup>ème</sup> vœu .....  | .....   |  |
| Date et signature du responsable :                                   |   | Signature de l'élève :   |

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

- 3<sup>ème</sup> prépa pro     1<sup>ère</sup> année CAP (préciser si entrée en ULIS Oui  Non   2<sup>nde</sup> professionnelle  
 2<sup>nde</sup> GT  
 1<sup>ère</sup> pro (après une terminale CAP)             Mention complémentaire     Autres (préciser)

Observations éventuelles :

Date et signature :

**Avis du professeur principal**

Date et signature :

**Avis du psychologue de l'Education nationale**

Date et signature :

**COMMISSION MEDICALE DEPARTEMENTALE**  
**Décision du directeur académique**  
**Rentrée scolaire 2020**

**NOM DE L'ELEVE :** \_\_\_\_\_ **Sexe :**  F  M (1)

**Prénom :** \_\_\_\_\_

**INE :** □□□□□□□□□□□□

**Date de naissance :** \_\_\_\_\_

**Etablissement fréquenté :** \_\_\_\_\_

**Classe :**

**Décision de directeur académique :**

**Avis favorable** à une affectation prioritaire pour raison médicale (1) .....

Préciser le vœu sur lequel porte cet avis :

**Avis défavorable** à une affectation prioritaire pour raison médicale (1) .....

Motivation de l'avis défavorable :

Date :

Signature :

AVIS DU MEDECIN  
DE L'ÉDUCATION NATIONALE  
ANNÉE SCOLAIRE 2019-2020

CERTIFICAT MÉDICAL D'ORIENTATION

ETABLISSEMENT :

NOM : \_\_\_\_\_

Prénoms : \_\_\_\_\_ Date de naissance : .. / .. / ....

Classe : \_\_\_\_\_

Vœux à classer par ordre de préférence :

| <i>Avis pour :</i> | <i>Pas de contre-indication</i> | <i>Contre-indiqué</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, **pour le lundi 25 mai 2020.**

RÉGION ACADÉMIQUE  
ÎLE-DE-FRANCEMINISTÈRE  
DE L'ÉDUCATION NATIONALE  
ET DE LA JEUNESSE  
MINISTÈRE  
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,  
DE LA RECHERCHE  
ET DE L'INNOVATION

## RENTREE 2020

**FICHE D'ANALYSE DES BESOINS DE L'ÉLÈVE  
EN SITUATION DE HANDICAP OU PRESENTANT  
UN TROUBLE DE SANTE INVALIDANT**
**FICHE A REMETTRE A L'ÉLÈVE ET A 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 2019-2020**

- 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 2020-2021**

- Transport spécifique envisagé : .....
- Autres (préciser) : .....