**Annexe 4 Volet 1 Fiche médicale d’aptitude au titre du handicap**

**Fiche médicale d’aptitude affectation en lycée (LEGT / LP)**

**à destination des élèves avec un handicap hors orientation ULIS Rentrée 2023**

**Identifiant élève OBLIGATOIRE : Date de naissance :**

**Nom de l’élève : Prénom : Fille Garçon**

Nom du responsable(s) légal(aux) :

Adresse : Ville : Téléphone : Mél :

Classe actuelle : 3ème G 3ème SEGPA 3ème Prépa Métiers 3ème ULIS MLDS 2de GT 2de Pro 1CAP2 Autres (à préciser) :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Rang  Vœu | 2de GT, 2nde Pro  1ère année de CAP, 1ère , | Intitulé de la formation demandée | Etablissement :  Nom et Ville |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |

**Date et signature responsable(s) légal (aux) :**

**Scolarité (à renseigner par l’établissement) :**

Des aides et/ou adaptations ont-elles été mises en place dans le cadre :

D’un Projet d’Accueil Individualisé (P.A.I.) ? Oui Non D’un projet Personnalisé de scolarisation (P.P.S.) ? Oui Non

Si oui, lesquelles :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Adaptations pédagogiques | Oui Non | Prise en charge thérapeutique et éducative au sein de l’établissement | |
| Aides humaines | Oui Non | scolaire | Oui Non |
| Aides matérielles | Oui Non | Prise en charge thérapeutique et éducative hors milieu scolaire | |
|  |  |  | Oui Non |
|  |  | Si oui, préciser : |  |
|  |  |  |  |

**Date et signature du chef d’établissement**

**Avis du Psychologue de l’Education Nationale :**

|  |  |
| --- | --- |
| Avis Très favorable Favorable Réservé | Un compte-rendu est-il envoyé en complément Oui Non |

|  |
| --- |
| **Avis du médecin scolaire du secteur :**  Il n’y a pas de contre-indication absolue à l’orientation envisagée  pour les vœux (entourer le n° du ou des vœux concernés) **V1 V2 V3 V4 V5**  Il y a une contre-indication médicale absolue à l’orientation envisagée  pour les vœux (entourer le n° du ou des vœux concernés) **V1 V2 V3 V4 V5**  Formuler des réserves sur les vœux  (entourer le n° du ou des vœux concernés) **V1 V2 V3 V4 V5**  Y a-t-il une contre-indication formelle à une section d’enseignement autre que celle(s) demandées ? Oui Non  L’élève a-t-il des raisons d’être affecté(e) dans un établissement particulier (suivi médical, accessibilité…) ? c   Oui Non  **Fait à le Cachet et signature du médecin de l’éducation nationale du secteur** |

**En cas de réserve ou de contre-indication médicale nécessitant la saisine de la commission médicale, le volet 1 de ce feuillet doit figurer dans le dossier complet transmis par l’établissement au plus tard le 13 avril 2023 (Cf note de cadrage).**