

## Annexe 4 Volet 1 Fiche médicale d'aptitude au titre du handicap (réservée à l'établissement d'origine)

### Fiche médicale d'aptitude pour l'affectation en lycée (LEGT / LP) à destination des élèves avec un handicap - Rentrée 2025

**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 : 3<sup>ème</sup> G

3<sup>ème</sup> SEGPA

3<sup>ème</sup> Prépa Métiers

3<sup>ème</sup> ULIS

MLDS

2de GT

2de Pro

1CAP2

Autres (à préciser) :

Rang Vœu	2de GT, 2 <sup>nd</sup> e Pro 1 <sup>ère</sup> année de CAP, 1 <sup>ère</sup> ,	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 scolaire	Oui	Non
Aides humaines	Oui	Non	Prise en charge thérapeutique et éducative hors milieu scolaire	Oui	Non
Aides matérielles	Oui	Non		Oui	Non

Si oui, préciser :

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

#### **Avis du Psychologue de l'Éducation Nationale :**

Avis    Très favorable    Favorable    Réservé

Un compte-rendu est-il envoyé en complément    Oui    Non

#### **Avis du médecin relevant 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 Autres exprimés :**

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 Autres exprimés :**

Formuler des réserves sur les vœux

(entourer le n° du ou des vœux concernés)

**V1 V2 V3 V4 V5 Autres exprimés :**

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...) ?

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 4 avril 2025 (Cf note de cadrage).**