**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 2024**

**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) :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| RangVœu | 2de GT, 2nde Pro1ère 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 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**  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 12 avril 2024 (Cf note de cadrage).**