ACADÉMIE DE NICE
Liberté
Égalité
Fraternité

Direction des services départementaux de l'Éducation nationale du Var

FICHE MEDECIN SCOLAIRE : DEMANDE DE PRIORITE
COMMISSION HANDICAP
(en cas de pathologie pouvant interdire une orientation.
Sinon, fournir Gevasco, bilan de stage, évaluation scolaire)

Cette fiche est réservée au médecin scolaire.
*(Elle est **confidentielle**)*

Nom de l'élève : _____ Prénom : _____

Rang Vœu	2nde GT 2nde Pro, 1CAP	Formation demandée	Etablissement : Nom et Ville	Apte
1				OUI ☐ NON ☐
2				OUI ☐ NON ☐
3				OUI ☐ NON ☐
4				OUI ☐ NON ☐
5				OUI ☐ NON ☐

Pathologie ……..

Nature du handicap (déficience, incapacité, désavantage) :

Nature de la prise en charge médicale et lieu des soins :

Contre-indication(s) absolue(s) à certaines formations professionnelles

La pathologie limite-elle les possibilités de déplacement de l'élève ? OUI ☐ NON ☐

Sur quelle zone géographique (lycées) l'affectation est-elle souhaitable ?

Avis circonstancié :

AVIS MEDICAL DU MEDECIN SCOLAIRE POUR UNE AFFECTATION PRIORITAIRE			
VŒU 1	☐ **Favorable**	☐ **Réservé**	☐ **Défavorable**
VŒU 2	☐ **Favorable**	☐ **Réservé**	☐ **Défavorable**
VŒU 3	☐ **Favorable**	☐ **Réservé**	☐ **Défavorable**
VŒU 4	☐ **Favorable**	☐ **Réservé**	☐ **Défavorable**
VŒU 5	☐ **Favorable**	☐ **Réservé**	☐ **Défavorable**

Date : Cachet et signature :

*Transmission de la fiche au chef d'établissement sous pli confidentiel au plus tard le **vendredi 04 avril 2025.** Indiquer sur l'enveloppe le nom, prénom et la classe de l'élève.*