

FICHE ETABLISSEMENT : DEMANDE DE PRIORITE HANDICAP

N° Identifiant élève :

Date de naissance : / /

Nom de l'élève :

Prénom :

☐ Fille

☐ Garçon

Nom du responsable légal :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Téléphone :

Courriel :

Classe actuelle : ☐ 3^{ème} ☐ 3^{ème} SEGPA ☐ 3^{ème} Prépa Métiers ☐ 3^{ème} ULIS ☐ autre (préciser) :

Rang Vœu	2 nd e GT, 2 nd e Pro, 1CAP2, 1 ^{ère} Pro	Formation demandée	ULIS demandée	Etablissement : Nom et Ville
1			OUI ☐ NON ☐	
2			OUI ☐ NON ☐	
3			OUI ☐ NON ☐	
4			OUI ☐ NON ☐	
5			OUI ☐ NON ☐	

Date et signature responsable légal :

AVIS PEDAGOGIQUE DU CHEF D'ETABLISSEMENT D'ORIGINE SUR LES FORMATIONS DEMANDEES

Date :

Cachet et signature :

Avis du médecin Conseillère de l'IA- DASEN :

AVIS FAVORABLE ☐ VCEU 1 ☐ VCEU 2 ☐ VCEU 3 ☐ VCEU 4 ☐ VCEU 5
 AVIS SANS OPPOSITION ☐ VCEU 1 ☐ VCEU 2 ☐ VCEU 3 ☐ VCEU 4 ☐ VCEU 5

Fait à

le

Cachet et signature du médecin de l'éducation nationale

Résultat de la commission départementale

AVIS FAVORABLE ☐ VCEU 1 ☐ VCEU 2 ☐ VCEU 3 ☐ VCEU 4 ☐ VCEU 5
 AVIS SANS OPPOSITION ☐ VCEU 1 ☐ VCEU 2 ☐ VCEU 3 ☐ VCEU 4 ☐ VCEU 5

Transmission par courrier postal du dossier complet (FICHE ETABLISSEMENT et FICHE MEDECIN SCOLAIRE (sous pli confidentiel) + ESS au plus tard le **vendredi 04 avril 2025** à Mme Vanessa PIEL, IEN-ASH à la Direction des services départementaux de l'éducation nationale du Var – Rue de Montebello – CS 71204 – 83070 TOULON Cedex – 04.94.09.55.26