

FICHE MEDECIN SCOLAIRE : DEMANDE DE PRIORITE COMMISSION MEDICALE (hors handicap)

Cette fiche est réservée au médecin scolaire.

Elle est **confidentielle** et sera uniquement communiquée au médecin conseiller technique de l'IA - Directeur académique.

Nom de l'élève : _____ Prénom : _____

Rang Vœu	2 nd e GT 2 nd e Pro, 1CAP	Formation demandée	Etablissement : Nom et Ville	Apte
1				OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
2				OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
3				OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
4				OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
5				OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

Pathologie :

Nature du handicap (déficiência, 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	<input type="checkbox"/> Favorable	<input type="checkbox"/> Réservé	<input type="checkbox"/> Défavorable
VŒU 2	<input type="checkbox"/> Favorable	<input type="checkbox"/> Réservé	<input type="checkbox"/> Défavorable
VŒU 3	<input type="checkbox"/> Favorable	<input type="checkbox"/> Réservé	<input type="checkbox"/> Défavorable
VŒU 4	<input type="checkbox"/> Favorable	<input type="checkbox"/> Réservé	<input type="checkbox"/> Défavorable
VŒU 5	<input type="checkbox"/> Favorable	<input type="checkbox"/> Réservé	<input type="checkbox"/> Défavorable

Date :

Cachet et signature

Transmission de la fiche au chef d'établissement sous pli confidentiel au plus tard le **Lundi 19 mai 2025**. Indiquer sur l'enveloppe le nom, prénom et la classe de l'élève.