

**FICHE ETABLISSEMENT :
DEMANDE DE PRIORITE MEDICALE (hors 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 ^{nde} GT, 2 ^{nde} Pro, 1CAP2, 1 ^{ère} Pro	Formation demandée	Etablissement : Nom et Ville
1			
2			
3			
4			
5			

Date et signature responsable légal :

Avis du médecin scolaire de l'établissement d'origine :

SITUATION PRIORITAIRE : OVCEU 1 OVCEU 2 OVCEU 3 OVCEU 4 OVCEU 5

SITUATION NON-PRIORITAIRE : OVCEU 1 OVCEU 2 OVCEU 3 OVCEU 4 OVCEU 5

Fait à _____ **le** _____ **Cachet et signature du médecin de l'éducation nationale**

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

Date : _____ **Cachet et signature**

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