

**Fiche de vœux pour la commission « Situations médicales »  
du jeudi 01 juin 2023**

**ÉLÈVES SCOLARISÉS EN LYCÉE dont la situation médicale entraîne  
des contraintes majeures ou absolues qui exigent une affectation spécifique**

**Attestation à remplir par les responsables légaux en concertation avec :**

- le médecin de l'éducation nationale de l'établissement
- l'équipe éducative (Psy EN, enseignants...) sous l'autorité du chef d'établissement pour le volet orientation.

Cette fiche de vœux accompagnée **des éléments du dossier pour l'instruction de la situation médicale** (listés sur la fiche correspondante) **doit être envoyée entre le lundi 06 février et le mercredi 10 mai 2023** au service médical en faveur des élèves, 24 avenue Georges Brassens CS 71003 97443 St Denis Cedex

**IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE**

NOM : ..... Prénom(s) : .....

Date de naissance : ..... Classe : .....

Etablissement d'origine : .....

Nom du représentant légal : ..... Prénom(s) : .....

Adresse du(es) représentant(s) légal(aux) : .....

**Observations éventuelles (aménagements pour l'accueil en établissement, zone géographique à privilégier, personne à mobilité réduite ...) :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## FORMULATION DU OU DE(S) VŒU(X)

Les vœux vers des formations en MFR, en apprentissage ou dans le privé doivent faire l'objet d'une procédure particulière et ne pourront pas être examinés lors de cette commission.

CAS PARTICULIER : pour les vœux formulés dans le cadre d'une PROCÉDURE PASSERELLE, les avis émis par les établissements d'origine et/ou d'accueil conditionnent l'affectation.

Formuler un vœu n'assure pas toujours une place dans un établissement et/ou dans les spécialités de son choix.

La demande est satisfaite dans la limite des places disponibles.

A ce titre et quand la situation médicale le permet, il est recommandé de **formuler au minimum 4 vœux**.

Formation demandée : <i>2<sup>de</sup> GT, 1<sup>ère</sup> année de CAP, 2<sup>de</sup> PRO, 1<sup>ère</sup> PRO, 1<sup>re</sup> G ou T</i>	Série Technologique ou Spécialité de la voie professionnelle  <i>Intitulé officiel et complet</i>	Établissement demandé	Avis médical	Avis de l'équipe éducative (au vu des éléments pédagogiques et du parcours envisagé)
			<input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable	<input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable
			<input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable	<input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable
			<input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable	<input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable
			<input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable	<input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable
			<input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable	<input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable
			<input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable	<input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable
			<input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable	<input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable
			<input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable	<input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable
			<input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable	<input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable
			<input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable	<input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable

**Attention : la commission statue en fonction du caractère impératif d'une pré-affectation sur les vœux formulés (formation et établissement) à la vue des contraintes majeures ou absolues apparaissant dans le dossier joint.**

Date et signature du chef d'établissement d'origine

Date et signature du médecin de l'éducation nationale ou du médecin traitant

Date et signature du ou des responsable(s) légal (aux)