

**Annexe 6 : fiche de vœux pour la commission « Situations médicales exceptionnelles »  
du vendredi 22 mai et du mardi 26 mai 2026**

**Élèves scolarisés en 3<sup>e</sup> (hors 3<sup>e</sup> ULIS et hors élèves de 3<sup>e</sup> susceptibles de bénéficier de l'appui du dispositif ULIS Lycée) dont la situation médicale particulière entraîne des contraintes majeures ou absolues ne leur permettant qu'un choix très restreint de filières et /ou de lieux géographiques d'affectation**

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

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

Cette annexe, accompagnée **des éléments du dossier pour l'instruction de la situation médicale** (Voir fiche 6 du guide des procédures) **doit être envoyée entre le lundi 02 février et le mardi 19 mai 2026 au plus tard au service médical en faveur des élèves, 24 avenue Georges Brassens CS 71003 97443 St Denis Cedex 9**

**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.

Dans la 1<sup>ère</sup> colonne précisez pour chaque vœu s'il s'agit d'une 2<sup>de</sup> GT, d'une 1<sup>ère</sup> année de CAP, d'une 2<sup>de</sup> PRO.

**4 vœux minimum doivent être indiqués.**

Voie : 2 <sup>de</sup> GT, 1 <sup>ère</sup> année de CAP, 2 <sup>de</sup> PRO	Si voie professionnelle : <b>Intitulé officiel et complet de la spécialité professionnelle choisie</b>	Établissement public demandé	Avis de l'équipe éducative (au vu des éléments pédagogiques et du parcours envisagé)	Avis médical	Avis de la commission médicale
			<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	<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)

Date et signature du Président de la commission médicale