

L'ÉLÈVE

Nom : Prénom :
Date de naissance : Classe :

LE REPRÉSENTANT LÉGAL

Nom : Prénom :
Adresse :
.....
Tél :

L'ÉTABLISSEMENT

Nom :
Adresse :
.....
Personne référente du dossier :
.....
Tél :

VŒUX FORMULÉS

	Formation et spécialité :	Etablissement souhaité :
1		
2		
3		

LA SCOLARITÉ

Des aides et/ou adaptations ont-elles été mises en place dans le cadre d'un Projet Personnalisé de Scolarisation (P.P.S.) ou Projet d'Accueil individualisé (P.A.I.) ? oui non

Si oui, lesquelles :

Adaptations pédagogiques : oui non
Aides matérielles : oui non
Aides humaines : oui non

LE HANDICAP

- Dossier à la M.D.P.H. oui non en cours
- Attribution de l'allocation Éducation Enfant Handicapé :
 oui non

Fait à le 2023
Signature du représentant légal ou du candidat majeur,

**Certificat médical confidentiel
à compléter par le médecin traitant généraliste
ou spécialiste du patient**

Réservé à l'usage exclusif du médecin conseiller technique auprès du Directeur académique des services de l'éducation nationale

document soumis au secret professionnel
article 226-13 du Code Pénal

Nom d'usage.....	Prénom.....
Nom de naissance.....	Date de naissance.....
Adresse.....	
.....	

Nature du handicap ou du trouble de santé invalidant

Retentissement fonctionnel

Contre-indications médicales absolues à certains risques professionnels
--

Traitements, prises en charges thérapeutiques

Nature et durée des traitements en cours (préciser les contraintes liées aux traitements, les effets secondaires)

Lieux de soins et de prises en charge régulières

Autre (préciser)

Tout autre élément utile à l'examen de la demande du patient

Certificat médical établi le

Signature et cachet du médecin

Pièces à joindre, le cas échéant :

- Copie des notifications MDPH
- Tout document médical utile à l'examen du dossier : compte-rendu d'hospitalisations, de consultations spécialisées, résultats d'examens complémentaires, dernière prescription en cas de traitement médicamenteux ...