

Annexe 7
Situation particulière
Situation de handicap ou trouble de la santé

- Demande écrite de la famille ou de l'élève majeur (annexe 8)
- Certificat médical détaillé (annexe 9), précisant :
 - La nature de la pathologie
 - La nature du handicap ou du trouble de la santé
 - Les contre-indications à certaines formations professionnelles
 - Le cas échéant, la nature des soins, en indiquant leur rythme et les lieux.

Situation de handicap

- Formulation de plusieurs vœux par la famille prenant en compte les besoins de l'élève
- Notification d'orientation en ULIS lycée (MDPH)
- Dernier GEVASCO (ESS tenue dans le courant de l'année scolaire)
- Fiche de synthèse élève
- Le ou les bilans de stage(s) en immersion
- L'avis du psychologue de l'éducation nationale spécialité Éducation Développement et Conseil en Orientation Scolaire et professionnelle, sous

Troubles de la santé

Commission de pré affectation

Pour les situations liées au handicap ou aux troubles de la santé

- Commission préparatoire à l'affectation présidée par l'IA-Dasen ou son représentant
- Membres : IEN IO, IEN ASH, conseiller technique médecin scolaire, ou leurs représentants
- Membres invités : chefs d'établissement, enseignants référents, directeurs de CIO, ...
- Missions :
 - Statuer sur la priorité en lien avec la situation de handicap ou le trouble de la santé ;
 - Prendre en compte la pertinence de chaque vœu en fonction d'une corrélation entre les besoins de l'élève et les attendus de la formation ;
 - Tenir compte des éléments pédagogiques du dossier permettant de suivre la formation choisie ;
 - Décider d'une priorité d'affectation sur un ou plusieurs vœux formulés.
- L'étude de la pertinence du bonus spécifique relève de l'analyse croisée entre l'IEN IO, l'IEN ASH et le conseiller technique médecin de l'Education nationale ou leurs représentants.
- L'analyse de chaque situation permet de valider ou invalider l'adéquation entre les besoins de l'élève et la formation choisie. En cas d'adéquation, la commission attribue une priorité d'affectation sur le ou les vœux concerné(s).

**DEMANDE DE PRIORITÉ LIÉE À UN HANDICAP
OU À UN TROUBLE DE LA SANTÉ**
(à remplir par le candidat majeur ou le représentant légal)

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.) ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Si oui, lesquelles :	
Adaptations pédagogiques :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Aides matérielles :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Aides humaines :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

LE HANDICAP		
- Dossier à la M.D.P.H.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> en cours
- Attribution de l'allocation Éducation Enfant Handicapé :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

Fait à..... le.....2026
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

NOMPrénom.....
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 ...