

Annexe B

Demande d'attribution d'un bonus d'affectation dans le second degré pour raison médicale (maladie invalidante et/ou troubles de l'apprentissage au titre du neuro développement)

- Rentrée 2021 -

à retourner à la D.S.D.E.N du département d'origine avant le 12 mai 2021

ETABLISSEMENT D'ORIGINE

Nom de l'établissement :

Ville :

Numéro de téléphone :

RNE :

IDENTIFICATION DE L'ELEVE

NOM :

PRENOM : Sexe : F M

DATE DE NAISSANCE :

N° IDENTIFIANT ELEVE :

NOM - PRENOM du responsable légal 1 :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél. Domicile : Tél. Portable :

Adresse mél :

NOM – PRENOM du responsable légal 2 :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél. Domicile : Tél. Portable :

Adresse mél :

Classe fréquentée en 2020-2021 :

Projet d'Accueil Individualisé (PAI) déjà mis en œuvre : OUI (si oui renseigner la page 2) NON

Plan d'accompagnement Personnalisé (PAP) déjà mis en œuvre : OUI (si oui renseigner la page 2) NON

Personne chargée du suivi du dossier de demande de bonus : (nom et fonction) :

En cas de déménagement, indiquer la nouvelle adresse et joindre un justificatif :

Vœux de l'élève	Indiquer la classe, les enseignements de spécialité ou optionnels	Etablissement et ville demandés	Régime
Vœu 1			<input type="checkbox"/> Externe <input type="checkbox"/> D. Pension <input type="checkbox"/> Interne
Vœu 2			<input type="checkbox"/> Externe <input type="checkbox"/> D. Pension <input type="checkbox"/> Interne
Vœu 3			<input type="checkbox"/> Externe <input type="checkbox"/> D. Pension <input type="checkbox"/> Interne

Fait à : le

Nom du responsable légal 1 :

Nom du responsable légal 2 :

ou Nom de l'élève majeur

Partie à remplir par le chef d'établissement d'origine ou la personne en charge du suivi du dossier en liaison avec les services médicaux ou infirmiers de l'établissement

NOM et PRENOM de l'élève :

Date de naissance :

Scolarité avec PAI ou PAP :

Adaptations pédagogiques mises en œuvre : Oui Non Si oui, lesquelles ?

Aides humaines : Oui Non Si oui, lesquelles, combien d'heures par semaine, avec quelles priorités ?

Aides matérielles mises en œuvre : Oui Non Si oui, lesquelles ?

Prise en charge thérapeutique et/ou éducative

Prise en charge thérapeutique et/ou éducative dans l'établissement : Oui Non Si oui, lesquelles ?

Prise en charge thérapeutique et/ou éducative hors milieu scolaire : Oui Non Si oui, lesquelles ?

Aménagement des examens

Des aménagements d'examen sont-ils envisagés ? Oui non Si oui lesquels ?

Autres aménagements pédagogiques à prévoir à la rentrée Oui non Si oui lesquels ?

Pour toute demande d'attribution d'un bonus d'affectation, l'établissement d'origine devra transmettre à la DSDEN du département de l'établissement d'origine de l'élève l'ensemble des documents suivants avant le 12 mai 2021 :

- Le présent dossier
- L'avis du médecin scolaire de l'éducation nationale ou du médecin qui suit l'élève (Cf. dernière page du présent dossier) sous pli cacheté
- Eventuellement le compte-rendu médical détaillé (rédigé par le médecin qui suit l'élève) sous pli cacheté

Décision de la Commission départementale			
<input type="checkbox"/> Bonus Très Favorable	<input type="checkbox"/> Bonus ULIS / SEGPA	<input type="checkbox"/> Bonus Favorable	<input type="checkbox"/> Aucun bonus

**Avis médical destiné à la commission départementale d'affectation
- Rentrée 2021 -**

à renseigner par le médecin scolaire ou le médecin qui suit l'élève
Fiche à transmettre à la DSDEN du département d'origine
sous pli confidentiel avant le 12 mai 2021

NOM et PRENOM de l'élève :

Date de naissance :

Classe :

Etablissement scolaire fréquenté en 2020/2021 :

Vœux de l'élève	Indiquer la classe, les enseignements de spécialité ou optionnels	Etablissement et ville demandés	Régime
Vœu 1			<input type="checkbox"/> Externe <input type="checkbox"/> D. Pension <input type="checkbox"/> Interne
Vœu 2			<input type="checkbox"/> Externe <input type="checkbox"/> D. Pension <input type="checkbox"/> Interne
Vœu 3			<input type="checkbox"/> Externe <input type="checkbox"/> D. Pension <input type="checkbox"/> Interne

Avis médical (à remplir par le médecin)

1 – Nature de la pathologie :

2 – Nécessité de proximité des soins et/ou rythme des soins :

3 – Contre-indications médicales (un ou plusieurs choix possibles) :

Type de situation

- Station debout
- Trouble de la communication
- Conduite d'engins
- Effort prolongé
- Gestion des situations à risque
- Port de charge
- Déplacements
- Préhension

Conditions environnementales

- Activité en hauteur
- Présence d'allergènes respiratoires
- Présence d'allergènes de contact
- Milieu humide
- Ambiance bruyante
- Autre (préciser)
-
-

4 – Autres éléments d'appréciation à communiquer à la commission départementale :

5 – Avis sur l'attribution d'un bonus d'affectation

- Très Favorable Favorable Réservé Défavorable

Date :

Nom et Signature du médecin