ACADÉMIE DE CLERMONT-FERRAND
Liberté
Égalité
Fraternité

Ce dossier concerne exclusivement **les élèves en situation de maladie invalidante qui demandent l'attribution d'un éventuel bonus pour une affectation dans le second degré.**

En cas de reconnaissance de handicap conjointe à la nécessité de proximité géographique de soins, veuillez utiliser exclusivement le dossier "Handicap".

PRÉFET DE LA RÉGION AUVERGNE-RHÔNE-ALPES
Liberté
Égalité
Fraternité

Direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt

Annexe B
Demande d'attribution d'un éventuel bonus d'affectation dans le second degré pour raison médicale (maladie invalidante)
- Rentrée 2023 -

à retourner à la D.S.D.E.N du département d'origine avant le 24 mai 2023

A compléter par les responsables légaux ou l'élève majeur

ETABLISSEMENT D'ORIGINE

Nom de l'établissement : .....

Ville : .....

Numéro de téléphone : .....

RNE : |_|_|_|_|_|_|_|_|

IDENTIFICATION DE L'ELEVE

NOM ET 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 2022-2023 : .....

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

A compléter les responsables légaux ou l'élève majeur

	Indiquer la classe, les enseignements de spécialité ou optionnels	Etablissement et ville demandés	Régime
Vœu 1			☐ Externe ☐ D. Pension ☐ Interne
Vœu 2			☐ Externe ☐ D. Pension ☐ Interne
Vœu 3			☐ Externe ☐ D. Pension ☐ Interne

Fait à : ……. le …….. Responsable légal 1 : Responsable légal 2 : ou de l'élève majeur :

Signer

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 ?

La prise en charge thérapeutique et/ou éducative nécessite-t-elle un déménagement ?

☐Oui ☐Non Si oui, joindre un justificatif

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 d'élève l'ensemble des documents suivants avant le 24 mai 2023 :

- 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

Avis médical destiné à la commission départementale d'affectation
- Rentrée 2023 -
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 24 mai 2023

NOM et PRENOM de l'élève : .....

Date de naissance : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Etablissement scolaire fréquenté en 2022/2023 : ……Classe : …….

	Indiquer la classe, les enseignements de spécialité ou optionnels	Etablissement et ville demandés	Régime
Vœu 1			☐ Externe ☐ D. Pension ☐ Interne
Vœu 2			☐ Externe ☐ D. Pension ☐ Interne
Vœu 3			☐ Externe ☐ D. Pension ☐ 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 – Existe-t-il des contre-indications médicales à un type d'activité ? (Cocher les cases)

☐ Non ☐ Oui si oui lesquelles :

- ☐ Travaux sur machines dangereuses
- ☐ Travaux en hauteur
- ☐ Position assise prolongée
- ☐ Position debout prolongée
- ☐ Port de charges lourdes
- ☐ Produits toxiques ou allergisants respiratoires
- ☐ Produits toxiques ou allergisants cutanés
- ☐ Autres réserves (à préciser) :
- ☐ Métiers nécessitant une précision tactile de qualité
- ☐ Métiers nécessitant une bonne vision binoculaire
- ☐ Métiers exposant aux vibrations
- ☐ Métiers exposant au bruit
- ☐ Métiers en contact avec le public
- ☐ Métiers en contact avec les enfants
- ☐ Autonomie dans les déplacements

- Avis sur la pertinence des vœux par rapport au projet de vie choisi :

Vœu 1 :	☐ Avis Très Favorable	☐ Avis Favorable	☐ Avis Réservé
Vœu 2 :	☐ Avis Très Favorable	☐ Avis Favorable	☐ Avis Réservé
Vœu 3 :	☐ Avis Très Favorable	☐ Avis Favorable	☐ Avis Réservé

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, signature et cachet du médecin

Signer