

Annexe B
Demande d'attribution d'un éventuel bonus d'affectation
dans le second degré pour raison médicale (maladie invalidante)
- Rentrée 2022 -
à retourner à la D.S.D.E.N du département d'origine avant le 11 mai 2022

A compléter par la famille

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 2021-2022 :
 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 :

A compléter par la famille	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 Responsable légal 1 : Responsable légal 2 : ou Elève 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 ?

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 11 mai 2022 :

- 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 2022 -**

**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 11 mai 2022**

NOM et PRENOM de l'élève :

Date de naissance :

Etablissement scolaire fréquenté en 2021/2022 : **Classe :**

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 – Existe-t-il des contre-indications médicales à un type d'activité ? (Cocher les cases)

- Non : aucune contre-indication pour ce vœu d'orientation

- Oui :

Contre-indications ou réserves à prendre en compte pour ce vœu d'orientation (préciser)

- 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
- 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
- Autres réserves (à préciser) :

• 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 et Signature du médecin