

**Annexe B - Fiche médicale destinée à la commission d'affectation  
- Rentrée 2026 -**

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 mercredi 13 mai 2026

**NOM et PRENOM de l'élève :**

**Date de naissance :**         

**Etablissement scolaire fréquenté en 2025/2026:**

**Classe :**

DEMANDE DES RESPONSABLES LEGAUX OU DE L'ELEVE MAJEUR POUR UNE EVENTUELLE BONIFICATION			
	Voie, Série, Spécialité	Établissement - Ville	Immersion réalisée
Vœu 1			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Vœu 2			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Vœu 3			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

**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 :

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Travaux sur machines dangereuses                | <input type="checkbox"/> Métiers nécessitant une précision tactile de qualité |
| <input type="checkbox"/> Travaux en hauteur                              | <input type="checkbox"/> Métiers nécessitant une bonne vision binoculaire     |
| <input type="checkbox"/> Position assise prolongée                       | <input type="checkbox"/> Métiers exposant aux vibrations                      |
| <input type="checkbox"/> Position debout prolongée                       | <input type="checkbox"/> Métiers exposant au bruit                            |
| <input type="checkbox"/> Port de charges lourdes                         | <input type="checkbox"/> Métiers en contact avec le public                    |
| <input type="checkbox"/> Produits toxiques ou allergisants respiratoires | <input type="checkbox"/> Métiers en contact avec les enfants                  |
| <input type="checkbox"/> Produits toxiques ou allergisants cutanés       | <input type="checkbox"/> Métiers nécessitant une autonomie de déplacement     |

Autres réserves (à préciser) :

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

5 - Avis sur la pertinence des vœux par rapport à la situation médicale

Vœu 1 :     Avis Très Favorable     Avis Favorable     Avis Réservé     Avis Défavorable

Vœu 2 :     Avis Très Favorable     Avis Favorable     Avis Réservé     Avis Défavorable

Vœu 3 :     Avis Très Favorable     Avis Favorable     Avis Réservé     Avis Défavorable

Date :

Nom, signature et cachet du médecin