

**DOSSIER POUR SITUATION MEDICALE PARTICULIERE
(Pour attribution éventuelle de bonus spécifiques)**

L'ELEVE

Nom : Date de naissance :

Prénom :

Classe :

REPRESENTANT LEGAL	REPRESENTANT LEGAL
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
.....
Téléphone :	Téléphone :

L'ETABLISSEMENT

Nom :

Personne référente du dossier :

AIDES MISES EN PLACE

PAI PPS

ORIENTATIONS DEMANDEES

Spécialités professionnelles pour la voie professionnelle (CAP ou Bac Pro) et établissements demandés :

Vœu 1 :

Vœu 2 :

Vœu 3 :

PROCEDURE DE DEMANDE POUR SITUATION MEDICALE PARTICULIERE

Le bonus médical ne peut être attribué que sur un seul vœu. Il concerne uniquement les élèves qui, en raison de leur état de santé, doivent faire l'objet d'une affectation prioritaire (proximité d'un hôpital, déplacements difficiles, accès limité à certaines formations compte-tenu des problèmes de santé).

Toute demande doit être déposée **sous pli CONFIDENTIEL** auprès du chef d'établissement, qui le transmettra toujours sous pli confidentiel au médecin conseiller technique du DASEN du département du vœu 1, au plus tard **le 24 mai 2023**.

Pour la Corrèze, le dossier complet est à adresser pour le 22 mai 2023 au :
Centre médico scolaire de Tulle : 5 rue Louisa Paulin - 19000 TULLE

Le dossier comportera les pièces suivantes :

- Cette fiche de demande de priorité médicale dûment complétée et signée
- L'attestation médicale détaillée sous pli confidentiel (modèle ci-joint) précisant :
 - la nature de la pathologie ;
 - la nature du handicap (déficience, incapacité et désavantage) ;
 - les contre-indications absolues à certaines formations professionnelles (préciser lesquelles).
- La nature de la prise en charge médicale :
 - lieu des soins ;
 - rythme des soins

Date et signature du chef d'établissement	Date et signature du représentant légal	Date et signature du représentant légal
---	---	---

ATTESTATION MEDICALE

Pour l'attribution éventuelle de bonus de points de priorité médicale dans le cadre de l'orientation scolaire
(à l'attention du médecin conseiller technique de la direction des services départementaux de l'Éducation
nationale - DSDEN.)

(A TRANSMETTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL)

Je soussigné(e) Dr.....

atteste que l'élève

né(e) le....., présente :

➤ Nature de la pathologie et retentissement :

➤ Contre-indications absolues à certaines formations professionnelles :
(Préciser lesquelles)

➤ Nature de la prise en charge médicale :

- Lieu des soins :

- Rythme des soins :

Date :

Cachet et signature du médecin