


PROCEDURE D'AFFECTATION PRIORITAIRE POUR RAISONS MEDICALES ET/ OU HANDICAP

<p>Principes et Objectifs</p>	<p>Lorsque les élèves sont atteints d'une maladie grave nécessitant une affectation prioritaire pour raisons médicales, ou lorsque les élèves sont atteints d'un handicap contre-indiquant certains travaux en lycée professionnel (par exemple handicap moteur, sensoriel, relationnel, troubles du comportement...), les familles doivent prendre l'attache du médecin scolaire de l'établissement d'origine, afin de constituer un dossier (<u>Cf. FICHE DE DEMANDE D'AFFECTATION PRIORITAIRE POUR RAISONS MEDICALES ET/OU HANDICAP</u>)</p> <p>Cette fiche « Demande d'Affectation prioritaire pour raison médicale ou handicap », sera étudiée en commission médicale.</p> <p>Une affectation relevant d'une priorité médicale tient compte :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des nécessités liées à la situation médicale (proximité du domicile et/ou proximité d'un établissement de soins), • Des vœux formulés par l'élève et sa famille, • De l'accessibilité des formations et des établissements sollicités au regard des contre-indications médicales (une attention particulière sera portée au bâti),
<p>Public concerné</p>	<p>Elève présentant un certificat du médecin de l'Éducation Nationale, pour une affectation après la classe de 3^{ème} ou la classe de 2^{nde}.</p> <p>Trois cas de figure :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Existence d'un avis de contre-indication médicale 2. Formulation d'une indication médicale (relative à un handicap) 3. Existence d'une prise en charge médicale à proximité de l'établissement demandé
<p>Constitution du dossier</p>	<p>Les pièces à fournir pour la composition du dossier médical :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La fiche « Demande d'Affectation prioritaire pour raison médicale ou handicap, signée par les représentants légaux et le chef d'établissement. Ce dernier recense les vœux de l'élève et comprend des pièces justificatives. • Le certificat médical circonstancié <u>sous pli confidentiel</u> (du médecin de l'Education nationale) accroché au dossier, précisant la nature de la pathologie, nature du handicap (déficience, incapacité...), les contre-indications absolues à certaines professions, la nature de la prise en charge médicale, le lieu et le rythme des soins. <p>Le dossier doit être adressé au médecin conseiller technique du recteur <u>sous pli confidentiel</u>.</p> <p> Sur l'enveloppe sont notés : Nom et prénom de l'élève, et la mention « Affectation pour raisons médicales ».</p> <p>Le dossier complet est transmis au secrétariat du service médical pour JEUDI 23 MAI 2024 La COMMISSION MÉDICALE se tiendra le LUNDI 27 MAI 2024. Elle statuera sur les situations médicales avérées, les indications ou contre-indications médicales pour chaque vœu formulé et donnera une priorité d'affectation pour un seul vœu.</p>
<p>Saisie des vœux dans AFFELNET-lycée</p>	<p>Le chef d'établissement saisit les vœux de l'élève dans AFFELNET-lycée :</p> <ul style="list-style-type: none"> → Le vœu de dérogation est initialisé à « Non » → Sélectionner « Oui » dans le champ « Vœu de dérogation » - une fenêtre supplémentaire de saisie qui permet d'indiquer le motif de la dérogation. → Sélectionner « Élève bénéficiant d'une prise en charge médicale importante à proximité de l'établissement demandé » → Cocher « oui »
<p>Communication des résultats de l'affectation</p>	<p>Diffusion des résultats le Mercredi 26 Juin 2024.</p> <p>Les établissements d'origine ont accès aux résultats dans AFFELNET-Lycée. Les notifications d'affectation, une fois éditées doivent être remises aux représentants légaux.</p> <p>Les familles peuvent également consulter les résultats en ligne depuis la page Scolarité Services munis de leur compte EDUCONNECT.</p>

FICHE DE DEMANDE D'AFFECTATION PRIORITAIRE POUR RAISONS MEDICALES ET/OU HANDICAP

I- IDENTITE	
Nom :	Sexe : F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>
Prénom :	Date de naissance :
Adresse des représentants légaux :	
Téléphone portable :	Domicile :
Email :	
L'élève à une certificat médical et a rencontré le médecin de l'EN : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Etablissement d'origine :	Classe d'origine :
Décision d'orientation :	

II- VŒU D'AFFECTATION		
Vœu	Formation envisagée (Niveau + spécialité)	Nom de l'établissement envisagé
N°1		
N°2		
N°3		

Date :

Signature des représentants légaux :

III- DECISION DE LA COMMISSION D'AFFECTATION MEDICALE
<input type="checkbox"/> Favorable à une affectation prioritaire en :
<input type="checkbox"/> Défavorable à une affectation prioritaire
<p style="text-align: center;">Motivation de l'avis défavorable :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"></div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Non reconnue comme une situation médicale <input type="checkbox"/> Situation médicale reconnue ne justifiant pas une affectation prioritaire dans les formations demandées </div> </div>
Date de la commission : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date :

Signature de l'IEO-IO :

Date :

Signature du médecin CTR :