Annexe 5 : Fiche de vœux rentrée 2024

COMMISSIONS « POST 3e ULIS » DES 10 ET 12 AVRIL 2024
Élève en situation de handicap (reconnue par la MDPH) sortant d'ULIS collège ou scolarisé en 3e générale ou 3e SEGPA susceptible d'être orienté en ULIS lycée
Vers une 1re année de CAP ou 2de PRO ou 2de GT hors secteur

Attestation à remplir par les responsables légaux en concertation avec :

- le médecin de l'éducation nationale ou le médecin traitant pour le volet médical
- l'équipe éducative (Psy EN, enseignants...) sous l'autorité du chef d'établissement pour le volet orientation.

Cette annexe, accompagnée **de l'avis médical doit être envoyée entre le 12/02/2024 et le 18/03/2024** au *Médecin conseiller technique départemental, service médical en faveur des élèves, 24 avenue Georges Brassens, CS 71003 97743 St Denis Cedex 9*
Le dossier complet (Voir fiche 8 du guide des procédures) sans l'avis médical est adressé au secrétariat de l'inspection de l'éducation nationale école inclusive Nord-Est ou Sud-Ouest en fonction de la localisation du collège.
Une copie de cette annexe est envoyée par mail au SEI à l'adresse : support.sei@ac-reunion.fr

IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE

NOM : …… Prénom(s) : ……

Date de naissance : …….... Classe : ……

Etablissement d'origine : ……

Nom du représentant légal : …… Prénom(s) : ……

Adresse du(es) représentant(s) légal(aux) : ……

……

Observations éventuelles (aménagements pour l'accueil en établissement, zone géographique à privilégier, personne à mobilité réduite, élève qui relève d'un IME ...) :

……
……
……
……
……
……
……
……
……

FORMULATION DU OU DE(S) VŒU(X)

Les vœux vers des formations en MFR, en apprentissage ou dans le privé doivent faire l'objet d'une procédure particulière et ne pourront pas être examinés lors de ces commissions.

Dans la 1ère colonne précisez pour chaque vœu s'il s'agit d'une 2de GT, d'une 1re année de CAP, d'une 2de PRO.

4 vœux minimum doivent être indiqués.

Voie : 2de GT 1re année de CAP 2de Pro	Si voie professionnelle : Spécialité professionnelle Intitulé officiel et complet	Établissement demandé	Dispositif ULIS souhaité [1,2]	Avis de l'équipe éducative (au vu des éléments pédagogiques et du parcours envisagé)	Avis médical
			☐ Oui ☐ Non	☐ Favorable ☐ Défavorable	☐ Favorable ☐ Défavorable
			☐ Oui ☐ Non	☐ Favorable ☐ Défavorable	☐ Favorable ☐ Défavorable
			☐ Oui ☐ Non	☐ Favorable ☐ Défavorable	☐ Favorable ☐ Défavorable
			☐ Oui ☐ Non	☐ Favorable ☐ Défavorable	☐ Favorable ☐ Défavorable
			☐ Oui ☐ Non	☐ Favorable ☐ Défavorable	☐ Favorable ☐ Défavorable
			☐ Oui ☐ Non	☐ Favorable ☐ Défavorable	☐ Favorable ☐ Défavorable
			☐ Oui ☐ Non	☐ Favorable ☐ Défavorable	☐ Favorable ☐ Défavorable
			☐ Oui ☐ Non	☐ Favorable ☐ Défavorable	☐ Favorable ☐ Défavorable
			☐ Oui ☐ Non	☐ Favorable ☐ Défavorable	☐ Favorable ☐ Défavorable
			☐ Oui ☐ Non	☐ Favorable ☐ Défavorable	☐ Favorable ☐ Défavorable

1 : Si le dispositif ULIS Lycée existe dans l'établissement et qu'un droit pour le dispositif est bien ouvert par la CDAPH.
2 : Si vous cochez Non, il n'y aura pas d'affectation dans le dispositif ULIS Lycée
RAPPEL : Toute affectation en dispositif ULIS s'effectue **sous réserve des places disponibles.**

Date et signature du chef d'établissement d'origine

Date, signature et cachet du médecin de l'Éducation nationale
(ou du médecin traitant)

Date et signature du (ou des) responsable(s) légal (aux)