*Une fois complétée et signée, cette fiche est à remettre à l’établissement actuel de scolarisation qui la téléversera dans l’espace dématérialisé appelé « COLIBRIS» pour les formations de l’Éducation nationale ou l’enverra à la DRAAF pour les formations de l’enseignement agricole (cf. Annexe 35).*

**Pourquoi compléter ce dossier ?**

Ce dossier permet de demander une affectation prioritaire en cas de forte limitation dans les choix d’orientation et/ou d’affectation de l’élève compte tenu de sa situation (limitation à un domaine professionnel ou à un lieu de formation). Il permet également de vérifier que les vœux formulés ne font pas l’objet de contre-indications.

À noter : la priorité absolue ne sera accordée que sur un seul vœu et garantira l’affectation sur ce vœu.

Informations administratives

**Nom et prénom de l’élève** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**INE**: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date de naissance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. Classe : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

[ ]  PAI (médical) [ ]  PPS (handicap) Autres (préciser) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Nom et prénom des représentants légaux :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Adresse : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Tél : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Etablissement scolaire fréquenté en 2022 – 2023**

Nom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Tél. : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Adresse : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Inscrit dans un Etablissement Médico-Social : [ ]  Oui [ ] Non, si oui, préciser l’établissement : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Personne chargée du suivi du dossier (nom et fonction) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

|  |
| --- |
| **Vœux de l'élève** Il est fortement recommandé de **formuler au minimum 3 vœux** |
|  | Spécialité ou Famille de métiers | Établissement  |
| **Vœu 1** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Vœu 2** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Vœu 3** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Vœu 4 | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Vœu 5 | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Vœu 6 | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Vœu 7 | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Vœu 8 | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Vœu 9 | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Vœu 10 | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**Parcours de l’élève :** Description succincte du parcours de l’élève (classes, stages…) permettant de saisir la pertinence et la légitimité des orientations formulées :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Fait à : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Le : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

|  |  |
| --- | --- |
| Signature du représentant légal 1 ou de l’élève majeur :  | Signature du représentant légal 2 :  |

**Nom et prénom de l’élève :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Partie à remplir par l’établissement (chef d’établissement ou personne en charge du dossier) en lien avec le service médico-social et l’équipe éducative

**Scolarité**

Des aides et/ou adaptations sont-elles mises en place dans le cadre d’un Projet Personnalisé de Scolarisation (P.P.S.) ou Projet d’Accueil Individualisé (P.A.I.) ? [ ]  Oui [ ]  Non

**Si oui**, lesquelles :

Adaptations pédagogiques : [ ]  Oui [ ]  Non

Aides humaines : [ ]  Oui [ ]  Non

Aides matérielles : [ ]  Oui [ ]  Non

Dispositif ULIS : [ ]  Oui [ ]  Non

Prise en charge thérapeutique et éducative dans l’établissement scolaire : [ ]  Oui [ ]  Non

Prise en charge thérapeutique et éducative hors milieu scolaire : [ ]  Oui [ ]  Non

Si oui, à préciser : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Nom du psychologue de l’Education Nationale : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Avis motivé :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Fait à : Cliquez pour entrer du texte ici Le : Cliquez pour entrer du texte ici

Signaturedupsychologue de l’Education Nationale :

Nom du responsable pédagogique **(professeur principal, coordinateur ULIS, etc.) :** Cliquez pour entrer du texte ici

Avis circonstancié (profil scolaire de l’élève, points forts, difficultés, projet, concordance du profil du jeune avec les vœux émis, etc.) :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Fait à : Cliquez pour entrer du texte ici Le : Cliquez pour entrer du texte ici

Signature du responsable pédagogique :

Synthèse du chef d’établissement. **Avis global sur l’ensemble du dossier de candidature**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Fait à :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Le : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Nom et Signature du chef d’établissement : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**RAPPEL :**

*Liste des documents à déposer sur la plateforme dématérialisée « COLIBRIS » en un PDF unique, avant* ***le 11 mai 2023 :***

* *La fiche de demande de priorité pour la commission pluridisciplinaire handicap-médicale (présente fiche)*
* *La fiche « Positionnement sur huit capacités transversales »*
* *La copie des bilans périodiques issus du Livret Scolaire Unique pour les candidats scolarisés en 3e (copie des bulletins scolaires pour les autres candidats)*
* *Pour les élèves ayant une reconnaissance MDPH : une copie de la dernière notification et du GEVA-Sco*
* *Si concernés, notification CDAPH*
* *La fiche de liaison stage : commission pré-PAM*
* ***L’avis médical sous enveloppe cachetée avec le nom, prénom et date de naissance de l’élève est transmis par l’établissement d’origine par courrier au secrétariat du médecin conseiller technique du département du 1re vœu et/ou à la DRAAF avant le 11 mai 2023.***

*Au titre de la protection des données personnelles, la loi informatique et libertés et le règlement général sur la protection des données communément appelé* ***RGPD*** *s’appliquent aux fiches 15.1 à 15.5. Vous disposez d’un droit d’accès et de rectification qui peut être exercé auprès du chef d’établissement dans lequel l’élève est scolarisé ou auprès du Délégué à la Protection des Données, Rectorat de l’académie de Lyon, 92 rue de Marseille, 69354 Lyon cedex 07 ou par courriel à* *dpd@ac-lyon.fr**.* *Pour plus d'information, vous pouvez consulter sur le site internet de l'académie la page Protection des données personnelles.* [*http://www.ac-lyon.fr/cid144012/protection-des-donnees-personnelles.html*](http://www.ac-lyon.fr/cid144012/protection-des-donnees-personnelles.html)