

 <p>ACADÉMIE DE TOULOUSE Liberté Égalité Fraternité</p>	<p>DEMANDE D'AFFECTION</p> <p>en cas d'appel refusé</p> <p>dans un établissement public</p>	<p>Cachet et n° établissement</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> </table>								

A COMPLETER PAR LA FAMILLE **Classe fréquentée en 2020-2021**

<p>NOM : PRENOM :</p> <p>DATE DE NAISSANCE : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G</p> <p>NOM ET PRENOM DU RESPONSABLE LEGAL :</p> <p>ADRESSE :</p> <p>CODE POSTAL : VILLE :</p> <p>N° de téléphone :</p>	
--	--

VŒUX D'AFFECTION			LVA :			LVB :		
ordre des vœux	Etablissement(s) demandé(s)					Code vœu Réservé à l'établissement		
	Série(s) à préciser		Ex	DP	Int			
1								
2								
3								

A le2021

Signature des parents ou du représentant légal de l'élève ou de l'élève majeur

A COMPLETER PAR L'ETABLISSEMENT D'ORIGINE

Résultats scolaires: moyenne des 3 trimestres arrondies au 1/2 point supérieur

Français	Maths	LVA	Physique Chimie	SVT	EPS	LVB	Hist-Géo

AVIS MEDICAL

<input type="checkbox"/> RAS <input type="checkbox"/> Elève n'ayant pas bénéficié d'une visite médicale <input type="checkbox"/> En cas de contre -indication ou d'indication médicale le dossier médical et la copie des vœux formulés sont transmis au médecin départemental

Document à renvoyer par mail à la DSDEN concernée.