

 <p>ACADÉMIE DE TOULOUSE Liberté Égalité Fraternité</p>	<p>DEMANDE D'AFFECTATION en cas d'appel refusé dans un établissement public</p>	<p>Cachet et n° établissement</p>
---	--	-----------------------------------

A COMPLETER PAR LA FAMILLE

<p>NOM : PRENOM :</p> <p>DATE DE NAISSANCE : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G</p> <p>Nom et prénom du responsable légal 1 :</p> <p>Adresse : (si différente de celle de l'élève) :</p> <p>.....</p> <p>Tel. : Portable : E-Mail :</p> <p>Nom et prénom du responsable légal 2 :</p> <p>Adresse : (si différente de celle de l'élève) :</p> <p>.....</p> <p>Tel. : Portable : E-Mail :</p> <p>.....</p>	<p>Classe fréquentée en 2021-2022</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
---	---

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

A le2022

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

A COMPLETER PAR L'ETABLISSEMENT D'ORIGINE

Résultats scolaires: moyennes 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.