RENTREE SCOLAIRE 2020

**DEMANDE D’AFFECTATION**

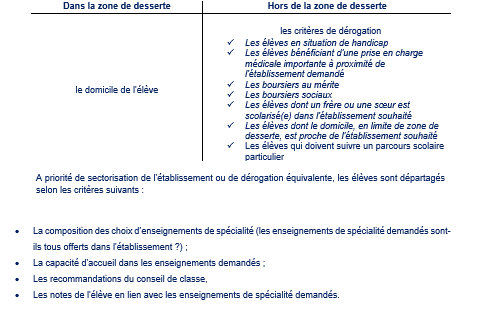
**HORS établissement d’origine**

**Option Santé au lycée de Saint-Céré**

Madame, Monsieur,

Vous souhaitez pour votre enfant une affectation hors de son établissement d’origine pour lui permettre de suivre l’option « santé » au lycée Jean Lurçat à Saint-Céré. L’accès à cette option de première générale se fera **sur place vacante.** Les demandes seront examinées dans le cadre d'une commission conformément à l'article D. 331-38 du code de l'éducation. Elles ne seront traitées qu'après le décompte des demandes des élèves déjà scolarisés dans l'établissement. La priorité est donnée aux élèves de l'établissement, même si une zone de desserte plus large a été définie pour l'enseignement demandé.

Dans le cadre de cette commission, l'examen des demandes prend en compte les critères suivants:



**Constitution du dossier d’affectation**

Vous devez **compléter et signer le dossier d’affectation** avant de le remettre à votre établissement.

**Résultat de la commission**

Vous serez informé de la décision de la commission par l’établissement où est scolarisé votre enfant.

* **PAGE 1 : A CONSERVER PAR LA FAMILLE -**

Demande d’affectation hors secteur

En 1ère générale

**Lycée de Saint-Céré**

Options santé

**Dossier à remettre à l’établissement avant le :**



|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Etablissement d’origine **(cadre réservé à l’administration)** | | | | | | | | | | IDENTIFICATION DE L’ELEVE | | | | | | | | | | | | | |
| **N° établissement :** | | | | | | | | | | **NOM :**  . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  **PRENOM :**  . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **Date de naissance** : . . . . . . . . . | |  |  |  |  |  |  |  |  | **Sexe :** 🞎 F 🞎 G | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Cachet de l’établissement :  -----------------------------------------  🞎Public  🞎 Privé sous contrat  🞎 Privé hors contrat | | | | | | | | | | **Classe actuelle** : . . . . . . . . **LVA :** . . . . . . . . .**LVB :** . . . . . LVC . . . . . . . | | | | | | | | | | | | | |
| **Nom et prénom du représentant légal de l’élève :**. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  **Téléphone :** . . . . . . . . . .  **Courriel   :** . . . . . . . . . . .  **Adresse** : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  **Code postal :** . . . . . **Commune :** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | | | | | | | | | | | | | |
| **VŒU A COMPLETER PAR LA FAMILLE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Options santé** | | | | | | | | | | | **Enseignements de spécialité demandés** | | | | | | | | | | **Régime\*** | | |
| **INT.** | **D.P.** | **EXT.** |
|  | | | | | | | | | | | EDS :  EDS :  EDS : | | | | | | | | | |  |  |  |

**\*REGIME : L’accueil en internat ne peut être assuré que dans la limite des places disponibles**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RESULTATS SCOLAIRES (à compléter par la famille)** | | | | | | | | | | | |
| **Disciplines** | Français | Maths | LVA | Phys/Chim | SVT | EPS | LVB | Hist/Géo | Sciences numériques et technologie | Arts plastiques | SES |
| **Moyenne des notes de l’année en cours** | | | | | | | | | | | |
| **1er trimestre / semestre** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2ème trimestre** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Demande de dérogation :**

S’agissant d’une demande de dérogation pour une option hors de la zone de desserte définie, vous devez cocher le critère correspondant et fournir impérativement un justificatif.

Sans justificatif ou s’il s’avère inapproprié, le critère retenu sera le N° 7.

|  |
| --- |
| **Motivation de l’élève** |
|  |

**A ………………………. Le ……………………………**

**Signature du représentant légal 1 : Signature du représentant légal 2 :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Motif de la demande de la famille** | **Pièces justificatives à joindre impérativement** | **Validation Chef d’établissement** |
| 1. **🗆** Elève en situation de handicap | Copie de la notification de la MDPH |  |
| 2. **🗆** Elève bénéficiant d’une prise en charge médicale importante à proximité de l’établissement demandé | Certificat médical du médecin traitant : ce document **sous pli** **confidentiel** est à transmettre au chef d’établissement d’origine. |  |
| 3. **🗆** Elève boursier sur critères sociaux | Copie de la notification d’attribution de bourses ou copie du dernier avis d’imposition de la famille ou de chacun des parents |  |
| 4. **🗆** Elève dont un frère ou une sœur est scolarisé(e) dans l’établissement souhaité à la rentrée 2023 | Copie du certificat de scolarité de l’année en cours |  |
| 5. **🗆** Elève dont le domicile, en limite de zone de desserte, est proche de l’établissement souhaité | Copie de justificatifs de domicile (taxe d’habitation, acte notarié…) |  |
| 6. **🗆** Elève devant suivre un parcours scolaire particulier | Copie d’admission dans un établissement lié par une convention avec le lycée demandé ou autre justificatif |  |
| ***7.*** **🗆** Autre motif | Courrier explicatif succinct |  |

|  |
| --- |
| **Recommandations du conseil de classe** |
|  |