

COMMISSION MEDICALE DEPARTEMENTALE
Décision du directeur académique
Rentrée scolaire 2022

NOM DE L'ELEVE : _____ **Sexe :** F M (1)

Prénom : _____

INE :

Date de naissance : _____

Etablissement fréquenté : _____

Classe :

Décision de directeur académique :

Avis favorable à une affectation prioritaire pour raison médicale (1)

Préciser le vœu sur lequel porte cet avis :

Avis défavorable à une affectation prioritaire pour raison médicale (1)

Motivation de l'avis défavorable :

Date :

Signature :