**Demande de dispense d’enseignement**

|  |  |
| --- | --- |
| **Elève** Nom : Date de naissance : Adresse  |  Prénom : |
| **Responsables légaux** Nom : Adresse : Mail : Téléphone :  Nom : Adresse : Mail : Téléphone :  |
| **Etablissement**Nom de l’établissement : Adresse administrative : Mail : Téléphone : |
| **Enseignant référent**Nom : Adresse administrative : Mail : Téléphone :  |   Prénom :  |

**Demande une dispense d’enseignement pour la (les) matière(s) suivante(s) :**

- …………………………………………………………………………………………………………………..

- …………………………………………………………………………………………………………………

- ………………………………………………………………………………………………………………….

*(Pour une dispense de langue vivante, précisez la langue LVA ou LVB)*

**Je joins obligatoirement :**

* Le GEVASCO mentionnant la demande de dispense d’enseignement
* La copie de la notification MDPH,
* Le certificat d’inscription si scolarisation par le CNED,
* Autres éléments : documents médicaux sous pli confidentiel

Nous reconnaissons avoir bien été informés que :

* **La dispense d’enseignement pourrait avoir des incidences sur le parcours scolaire et sur l’orientation.**
* **La dispense d’enseignement n’ouvre pas à un droit automatique à bénéficier d’une dispense des épreuves d’examen. Il convient de faire une demande d’aménagement d’examen en parallèle**.

|  |  |
| --- | --- |
| Responsables légauxDate et signature | L’élève si majeurDate et signature |

**Avis portés sur la demande en cours**

|  |  |
| --- | --- |
| **Le chef d’établissement**Avis  | DateSignature |

|  |  |
| --- | --- |
| **Médecin conseiller technique départemental**Avis * Favorable
* Défavorable

Commentaires :  | DateSignature |

|  |  |
| --- | --- |
| **Médecin conseiller technique de madame la rectrice** Avis * Favorable
* Défavorable

Commentaires :  | DateSignature |

**Décision de madame la rectrice d’académie**

**Pour l’année scolaire 2024 – 2025**

|  |
| --- |
| Avis * Favorable
* Défavorable

Commentaires :  |