**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 légaux  Date et signature | L’élève si majeur  Date et signature |

**Avis portés sur la demande en cours**

|  |  |
| --- | --- |
| **Le chef d’établissement**  Avis | Date  Signature |

|  |  |
| --- | --- |
| **Médecin conseiller technique départemental**  Avis   * Favorable * Défavorable   Commentaires : | Date  Signature |

|  |  |
| --- | --- |
| **Médecin conseiller technique de madame la rectrice**  Avis   * Favorable * Défavorable   Commentaires : | Date  Signature |

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

**Pour l’année scolaire 2024 – 2025**

|  |
| --- |
| Avis   * Favorable * Défavorable   Commentaires : |