



**CADRE RÉSERVÉ À L'ÉTABLISSEMENT POUR LA SAISIE DES VŒUX**

**AVIS MOTIVE DU CONSEIL DE CLASSE :** *(motivation, perspective de réussite)*

.....  
.....  
.....

**AVIS DU CONSEIL DE CLASSE**

**DOSSIER MÉDICAL** ou relatif au handicap

|                     | Favorable | Réservé |
|---------------------|-----------|---------|
| 1 <sup>er</sup> vœu |           |         |
| 2 <sup>e</sup> vœu  |           |         |
| 3 <sup>e</sup> vœu  |           |         |
| 4 <sup>e</sup> vœu  |           |         |

|                              |
|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui |
| <input type="checkbox"/> Non |

*Date et signature du chef d'établissement :*

*Date et Signature du représentant légal de l'élève :*