

VOEUX DE LA FAMILLE POUR LES AFFECTATIONS EN U.L.I.S.

| ELEVE | | |
|--|-----------------|--|
| NOM : | | PRENOM : |
| Né(e) le :/...../..... | | Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> |
| École/Établissement fréquenté(e) : | | Classe : |
| REPRESENTANTS LEGAUX | | |
| Monsieur : | Madame : | |
| Adresse : | Adresse : | Adresse : |
| Tel : | Tel : | Tel : |
| Mail : | Mail : | Mail : |

Suite à l'Équipe de Suivi de Scolarisation du/...../....., le dossier de mon enfant né(e) le/...../..... a été transmis à la **M.D.P.H.** pour une demande d'orientation en **Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire (U.L.I.S.)**.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la notification M.D.P.H, nous souhaitons que notre enfant puisse être affecté au :

| | |
|----------------|------------------------------------|
| Vœu n°1 | Collège : _____ _____ |
| Vœu n°2 | Collège : _____ _____ |
| Vœu n°3 | Collège : _____ _____ |

| Date/Signature du père : | Date/signature de la mère : | Date/Autre représentant légal (Précisez) : |
|--------------------------|-----------------------------|--|
| | | |