

Date de la demande : _____

Nom de l'élève : _____

Né(e) le _____

Prénoms : _____

à _____

Établissement où est inscrit l'élève

Nom : _____

Rue _____, n° _____

Commune : _____ Arr^t (pour Paris) : _____

Département : _____ Pays : _____

Classe : _____

Établissement d'où vient l'élève

Nom : _____

Rue _____, n° _____

Commune : _____ Arr^t (pour Paris) : _____

Département : _____ Pays : _____

Classe : _____

Date de la réponse : _____

Dossier complet — Dossier incomplet — Dossier non retrouvé.

En retour (1) Élève non inscrit _____ à l'école indiquée.

Autres raisons de non-envoi : _____

(1) Encadrer les mentions utiles.

* Cet imprimé, une fois complété, doit être renvoyé avec le dossier médical

La loi n°2002-203 du 4 mars 2002, stipule que toute transmission de données médicales d'un médecin à un autre médecin doit faire l'objet d'une autorisation préalable du patient (ou de son représentant légal).

La transmission du dossier médical scolaire de votre enfant (qui le suivra durant tout son cursus scolaire) est soumis à ce principe.

Nous vous demandons donc de bien vouloir compléter et signer ce document qui sera communiqué au médecin référent de l'établissement scolaire actuellement fréquenté afin qu'il puisse demander la transmission du dossier.

Je, soussigné (e)

représentant légal (e) de

l'élève :

né (e) le

scolarisé (e) à

autorise le médecin référent de cet établissement à demander le dossier médical scolaire à son confrère de (ou des) établissement (s) ou il (elle) était inscrit (e) précédemment.

Fait à
Signature

le