

Date :

DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL

(Cet imprimé une fois complété doit être remis à l'infirmière ou au secrétariat de l'établissement)

NOM de l'élève : Prénoms :
Né(e) le : à :

ETABLISSEMENT OU ETAIT INSCRIT L'ELEVE	NOMS ET ADRESSES COMPLETES DES ETABLISSEMENTS FREQUENTES PAR L'ELEVE.
NOM (Rue, Commune, Département) Classe :	Maternelle : Ecole primaire : Collège : Lycée :

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 soumise 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 de
l'élève..... né (e) le.....
autorise le médecin référent de l'établissement à demander le dossier médical scolaire à son confrère de
(ou des) établissements où il (elle) était inscrit (e) précédemment.
Fait à.....le.....

Signature :

Partie réservée au service de Promotion de la Santé		
Date de la réponse :		
Dossier complet	Dossier incomplet	Dossier non retrouvé (1)
En retour (1) : Elève non inscrit à l'école indiquée Autre raison de non-envoi :		
(1) Encadrer les mentions utiles		