Date :

DEMANDE D'ORIGINE SCOLAIRE
POUR 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 POUR L'ANNEE :…2019/2020……	**NOMS ET ADRESSES COMPLETES DES ETABLISSEMENTS FREQUENTES PAR L'ELEVE**
NOM (Rue, Commune, Département) ……..... ……... ……... ……... ……... ……... …… Classe : …….	Maternelle : ……... ……... ……... Ecole primaire : …… ……... ……... Collège : ……... ……... …….. Lycée : …….. ……... ……...

<u>Partie réservée au service de Promotion de la Santé</u>

Date de la réponse :

En retour Dossier complet ……. Incomplet……. Non retrouvé……..
Raison du non renvoi :……...

<u>DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL</u>

La loi n°2002203 du 4 maars 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 par votre enfant afin qu'il puisse demander la transmission du dossier.

Je, soussigné(e), représentant(e) 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/des

établissement(s) où il/elle était inscrit(e) précédemment.

Fait à ....., le .....
Signature :