

## DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL SCOLAIRE

*La loi n°2002-203 du 4 mars 2002 stipule que toute transcription de données médicales d'un médecin à l'autre 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. C'est pourquoi, nous vous demandons de bien vouloir compléter et signer ce document qui sera communiqué au médecin référent de l'établissement fréquenté l'an passé par votre enfant afin d'obtenir communication de son dossier médical.*

### A compléter par les parents

Je soussigné(e) Madame ou Monsieur ..... , responsable légal(e)

De l'élève .....né(e) le /\_/\_//\_/\_//\_/\_//\_/\_//\_/\_//\_/\_// en classe de.....

Autorise la communication de son dossier médical au médecin scolaire de l'établissement actuel.

Fait à ..... le /\_/\_//\_/\_//\_/\_//\_/\_//\_/\_//\_/\_//

Signature :

### Partie réservée à la santé scolaire

Date de la demande : /\_/\_//\_/\_//\_/\_//\_/\_//\_/\_//\_/\_//

Nom du médecin demandeur : .....

Nom de l'élève : ..... Prénom : .....

Né(e) le : /\_/\_//\_/\_//\_/\_//\_/\_//\_/\_//\_/\_// à : .....

Etablissement où est inscrit l'élève	Etablissement d'où vient l'élève
Nom .....	<b>à compléter par les parents</b>
Adresse : .....	Nom .....
Code postal : /_/_//_/_//_/_//_/_//	Adresse : .....
Commune : .....	Code postal : /_/_//_/_//_/_//_/_//
Pays : .....	Commune : .....
Classe : .....	Pays : .....
	Classe : .....

Date de la réponse : /\_/\_//\_/\_//\_/\_//\_/\_//\_/\_//\_/\_// .....Dossier non trouvé

Elève non inscrit à l'école indiquée

Autre raison de non-envoi :

**Dossier à retourner à** Monsieur DUCATEZ Robert

Infirmier scolaire

Lycée Michelet, 5 rue Jullien 92170 VANVES

## SERVICE SANTE SCOLAIRE

Nom de l'élève : ..... Prénom : .....

Né(e) le : /\_/\_//\_/\_//\_/\_//\_/\_/\_/\_/\_ à : .....

Classe.....

- Afin de rechercher le dossier médical scolaire de votre enfant, nous vous demandons de bien vouloir **renseigner avec précision** le tableau ci-dessous le concernant.

<b>Lycée</b>		
Niveau de classe	Nom de l'établissement fréquenté	Adresse de l'établissement fréquenté
Seconde		
Première		
Terminale		
<b>Collège</b>		
Niveau de classe	Nom de l'établissement fréquenté	Adresse de l'établissement fréquenté
Sixième		
Cinquième		
Quatrième		
Troisième		
<b>Ecole Primaire</b>		
Niveau de classe	Nom de l'établissement fréquenté	Adresse de l'établissement fréquenté
CP		
CE1-CE2		
CM1_CM2		

- Votre enfant a-t-il passé une visite médicale scolaire ?    oui             non   
 Si oui dans quelle classe ?.....