

*A l'attention des parents ou responsables légaux des élèves
nouvellement inscrits dans l'école ou l'établissement secondaire*

DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL

La loi n°2002-303 du 04 mars 2002 et le décret n° 2002-637 sur l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé, stipulent que toute transmission de données médicales d'un médecin à un autre médecin doit faire l'objet d'une autorisation préalable du représentant de l'enfant.

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 remis au médecin référent de l'établissement scolaire actuellement fréquenté afin qu'il puisse demander la transmission du dossier.

Il convient d'observer que la transmission de ce dossier assure le suivi médical de votre enfant tout au long de sa scolarité.

Je soussigné(e)

Nom : **Prénom :**

Adresse :
.....
.....

Parent / Responsable légal de l'élève : (barrer la mention inutile)

Nom : **Prénom :**

Né(e) le : **à :**

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

(1) noter les coordonnées de l'établissement (nom et adresse complète) merci.

Date Signature :

Établissement où est inscrit l'élève

NOM :

N° **Rue :**

Commune : **Arrt :**

Département : **Pays :**

Classe :

Établissement d'où vient l'élève

NOM :

N° **Rue :**

Commune : **Arrt :**

Département : **Pays :**

Classe :

Cadre réservé au service médico-scolaire

Dossier à retourner à :

Docteur :

Adresse :
.....
.....

Date de la réponse :