



## DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL SCOLAIRE

### A REMETTRE A VOTRE ANCIEN ETABLISSEMENT

Nom de l'élève : .....

Prénom de l'élève : .....

Né(e) le : .....

La loi n°202-303 du 4 mars 2002, stipule que la 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 de bien vouloir compléter le document ci-dessous, et de la signer. Il sera transmis au médecin scolaire du collège (ou lycée) de votre enfant.

Etablissement ou est inscrit l'élève	Etablissement d'où vient l'élève
Ecole Boule-HESAM	Nom : .....
9-21 rue Pierre Bourdan	Adresse : .....
75012 Paris	.....
Tel : 01 44 67 69 67	Commune : .....
Classe : .....	Code Postal : .....
	Pays : .....
	Classe : .....

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, responsable légal autorise le transfert du dossier médical scolaire de mon enfant au service médical de son nouvel établissement ou il est inscrit

Signature des parents (ou du responsable légal) :

Date : .... / .... / .....

Dossier complet

dossier incomplet

dossier absent

élève non inscrit