

Service de Promotion de la Santé en faveur des Élèves

DEMANDE DE DOSSIER MÉDICAL SCOLAIRE

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 légal 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.

Je soussigné(e)

Nom – Prénom du responsable légal de l'élève :

.....

Adresse

<p>Nom et prénom de l'élève :</p> <p>né(e) le :</p> <p>Scolarisé(e) Classe :</p>
--

Autorise le Dr (**Médecin scolaire**) référent de cet établissement à demander le dossier médical scolaire à son confrère de (ou des) établissement (s) où il (elle) était inscrit(e) précédemment.

Date..... Signature

Niveau	classe	Année scolaire	Établissements scolaires et adresse complète
maternelle	Petite section		
	Moyenne section		
	Grande section		
Élémentaire	CP		
	CE1		
	CE2		
	CM1		
	CM2		
Collège	6ème		
	5ème		
	4ème		
	3ème		
LYCEE	2nde		
	1ere		
	Ter		

Imprimé à retourner à Mme GILBERT Infirmière