

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE
Service de Promotion de la Santé en Faveur des Elèves

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 et signer ce document qui sera communiqué au médecin référent de l'établissement scolaire actuellement fréquenté afin qu'il puisse demander la transmission du dossier.

Je soussigné(e)responsable légal(e) de

l'élève :né(e) le/...../.....

scolarisé(e) à **LYCÉE LES MARCS D'OR - 24 chemin du Fort de la Motte Giron - 21000 DIJON**
(nom et adresse complète de l'école fréquentée)

Autorise le 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.

Fait à le

Signature :

DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL

Date de la demande :

NOM de l'élève :

Prénom :né(e) le/...../..... à

Etablissement où est inscrit l'élève	Dernier établissement d'où vient l'élève
Ecole : LYCÉE LES MARCS D'OR	Ecole :
Rue : 24 Chemin du Fort de la Motte Giron	Rue :
Code postal : 21000	Code postal :
Commune : DIJON	Commune :
Classe :	Classe :

Etablissements précédents fréquentés:

.....
.....

Partie réservée à la santé scolaire

Date de la réponse :

EN RETOUR* : Dossier complet - Dossier incomplet - Dossier non retrouvé

Elève non inscrit à l'école indiquée

Autres raisons de non-envoi :

* encadrer les mentions utiles

Signature et cachet du CMS :

Cet imprimé une fois complété, doit être envoyé avec le dossier médical à :
Médecin de l'Éducation Nationale
CENTRE MEDICO SCOLAIRE

