

## DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL SCOLAIRE

La loi n°2002-303 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 service de médecine scolaire afin que le dossier médical de votre enfant puisse le suivre durant toute sa scolarité, notamment lors des changements d'établissement.

### A compléter par les parents

Je soussigné(e) Madame ou Monsieur ....., responsable légal(e) de l'élève (NOM - Prénom) .....,  
né(e) le .....

- Autorise la transmission de son dossier médical au médecin scolaire.  
 N'autorise pas la transmission de son dossier médical au médecin scolaire.

Fait à ....., le .....,  
Signature .....

### Partie réservée à la santé scolaire

Date de la demande : .....

Nom du médecin demandeur : .....

Date de la réponse : .....

- Elève non inscrit à l'école indiqué  
 Dossier non trouvé  
 Autre raison de non-envoi : .....

Dossier à retourner à :

Etablissement où est inscrit l'élève	Etablissement d'où vient l'élève
Nom : .....	Nom : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
Code postal : .....	Code postal : .....
Commune : .....	Commune : .....
Pays : .....	Pays : .....
Classe : .....	Classe : .....