DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL SCOLAIRE

La loi n°2002-203 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 médecin référent de l'établissement fréquenté l'an passé par votre enfant afin d'obtenir communication de son dossier médical.*

A compléter par les parents*

Je soussigné(e) Madame ou Monsieur …… , responsable légal(e) de l'élève …… né(e) le …… /…….. / …… autorise la communication de son dossier médical au médecin scolaire de l'établissement actuel.

Fait à : le : / /

Signature :

Partie réservée à la santé scolaire

Date de la demande : / /

Médecin demandeur : Docteur Catherine LEPERCQ

Nom de l'élève : …….. Prénom : ……

Né(e) le : / / à : ……..

Adresse où est envoyé le dossier de l'élève :

Docteur C. LEPERCQ
INSTITUT LA TOUR
Service de Santé scolaire
86, rue de la Tour
75116 PARIS
Classe : ……

***Etablissement d'où vient l'élève (à remplir par les parents)**

Nom ……

Adresse : …….

Code postal : ……

Commune : ……..

Pays : …….

Classe : ……

Date de la réponse : / / .

☐ Dossier non trouvé ☐ Elève non inscrit à l'école indiquée

Autre raison de non-envoi :

Dossier à retourner à :