

DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL

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 scolaire de votre enfant, qui le suivra durant tout son cursus scolaire, est soumis 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.

A FAIRE REMPLIR PAR LES PARENTS

Je soussigné(e)..... responsable légal(e) de

l'élève :né(e) le/...../.....

Scolarisé(e) à..... classe :.....

(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 :

Faire suivre autres CMS
si besoin

		Etablissements fréquentés		NOM et ADRESSE complète		Partie réservée au SPSFE			
						Dossier complet	Dossier incomplet	Non retrouvé	Non inscrit s/les listes
MAT	GS								
	CP								
PRIMAIRES	CE1								
	CE2								
	CM1								
	CM2								
COLLEGES	6°								
	5°								
	4°								
	3°								