

MINISTERE de l’EDUCATION NATIONALE

RECTORAT DE ROUEN

SERVICE de PROMOTION de la SANTE en FAVEUR des ELEVES

*A l’attention des parents ou responsables légaux des élèves*

*nouvellement inscrits dans l’école ou l’établissement secondaire*

**DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL**

La loi n° 2002-303 du 4 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 doit faire l’objet d’une autorisation préalable du représentant 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 le document qui sera remis au médecin référent de l’établissement scolaire actuellement fréquenté afin qu’il puisse demander la transmission du dossier.

Il convient d’observer que la transmission de ce dossier assure le suivi médical de votre enfant tout au long de sa scolarité.

**Je soussigné(e)**

Nom : ............................................................................................................. Prénom : ..................................................

Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Parent / Responsable légal de l’élève : (barrer la mention inutile)

Nom : ............................................................................................................. Prénom : ..................................................

Né(e) le : ……………………………………………………….………A : ……………………….……………………………………………………………………….

**Autorise la communication de son dossier médical au médecin scolaire de l’établissement actuel.**

(1) Noter les coordonnées de l’établissement (nom et adresse complète) merci

Date et Signature

**Etablissement où est inscrit l’élève**

Nom : …………………………………………………………………………

N° :…………Rue : ………………………………………………………….

Commune : ……………………………………………Arrt : …………

Département : …………....... Pays : ………………………………

Classe : ……………………………………………………………………….

**Etablissement d’où vient l’élève**

Nom : …………………………………………………………………………

N° :…………Rue : ………………………………………………………….

Commune : ……………………………………………Arrt : …………

Département : …………....... Pays : ………………………………

Classe : ……………………………………………………………………….

*Cadre réservé au service médico-scolaire*

Dossier à retourner à :

Docteur : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Adresse : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Date de la réponse : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..