



MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE



MINISTÈRE de l'ÉDUCATION NATIONALE

RECTORAT DE ROUEN

SERVICE de PROMOTION de la SANTÉ en FAVEUR des ÉLÈVES

*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 04 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 médecin 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 de 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 à

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 Signature

Établissement où est inscrit l'élève

NOM :

N° Rue :

Commune : Arrt :

Département : Pays :

Classe :

Établissement 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 :

RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELS DESTINÉS À L'INFIRMERIE

(à remettre sous pli cacheté si vous le souhaitez)

Année scolaire 20..... / 20.....

NOM : Prénom :
Date de naissance : Classe :
N° Tél. Portable de l'élève :

• **Nom et adresse des parents ou représentant légal :**

Nom : Prénom :
Lien de parenté : Profession :
Adresse :
e-mail :privé ou professionnel

• **Autre responsable :**

Nom : Prénom :
Lien de parenté : Profession :
Adresse :
e-mail :privé ou professionnel

• En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche, en nous donnant au moins un numéro de téléphone. En cas d'urgence, le centre 15 est appelé.

N° Tél. domicile : N° Tél. et poste du père :
N° Tél. et poste de la mère : N° portable du ou des parents :
N° Tél. d'une personne susceptible de vous prévenir :

• **Composition de la famille, frères et sœurs :**

.....
.....
.....
.....

• **Renseignements médicaux :**

Votre enfant bénéficiait-il au collège d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) ? oui non

Votre enfant est-il atteint d'une des maladies ?

- Affection respiratoire, cardiaque ou rénale
- Allergies (préciser à quoi)
- Asthme
- Diabète
- Epilepsie
- Hémophilie
- Maladie de Crohn

Autres (préciser) :
.....

