



Demande le : -- / -- / 20 -
Date de réponse : -- / -- / 20 -

DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL

Identité de l'élève

Nom de l'élève : _____ Prénom(s) : _____

Né(e) : ____ / ____ / ____ Ville de naissance: _____

Elève inscrit à l'école Charles de Foucauld en classe de _____.

Etablissement d'où vient l'élève

Nom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Ville : _____

Classe : _____

- Dossier trouvé Elève non inscrit Autres raisons de non envoi
Merci de nous joindre le dossier médical

Dossier à retourner à l'intention du Dr Muller à : Ecole Charles de Foucauld
12, rue des Jonquilles
75014 Paris

A remettre par la famille au médecin scolaire de l'école actuelle

AUTORISATION DE TRANSFERT DE DOSSIER MEDICAL

La loi n°2002-203 du 4 mars 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 responsable légal.

La transition 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 par votre enfant afin d'obtenir communication de son dossier médical.

.../...

Je soussigné(e) Madame ou Monsieur

Responsable de l'élèvené(e) le ____/____/____

Autorise la communication de son dossier médical au médecin scolaire de l'établissement : Dr Bénédicte MULLER.

Fait àle ____/____/____

Signature