

DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL

Date de la demande :

.....

Nom de l'élève :

Prénoms :

Né(e) le

A :

Etablissement où est inscrit l'élève

Nom : **LYCEE THOMAS EDISON**

Rue : **8 Rue Carmagnole Liberté**

Commune : **38130 ECHIROLLES**

Département :

Classe :

Etablissement d'où vient l'élève

Nom :

Rue :

Commune :

Département :

Classe :

Date de la réponse :

Dossier complet – Dossier incomplet – Dossier non retrouvé.

En retour (1) Elève non inscrit - à l'école indiquée.

Autres raisons de non-envoi :

- (1) Encadrer les mentions utiles.
Cet imprimé, une fois complété, doit être renvoyé avec le dossier médical.

**Inspection académique de l'Isère
Service de Promotion de la Santé
En Faveur des Elèves**

La loi n°2002-203 du 4 mars 2002, stipule que toute 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 médical scolaire de votre enfant (qui le suivra durant tout son cursus scolaire) est soumis à ce principe.

Nous vous demandons donc 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.

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

L'élève : né(e) le

Scolarisé (e) au : **LYCEE THOMAS EDISON
8 Rue Carmagnole Liberté
38130 ECHIROLLES
Tel : 04 76 09 31 35**

autorise le médecin référent de cet établissement à demander le dossier médical scolaire à son confrère de (ou des) établissement(s) ou il (elle) était inscrit (e) précédemment.

Fait à Le

Signature