

**Demande de dossier médical**

**A REMPLIR IMPERATIVEMENT PAR LES PARENTS**

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 médical 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.

Je soussigné(e) (NOM prénom) ..... responsable légal(e) de  
l'élève (NOM prénom) ..... né(e) le ...../...../.....

Scolarisé(e) pour l'année 2017-2018 au :

Lycée des Métiers Camille Du Gast  
1 rue de la manutention BP 10086  
71321 CHALON SUR SAONE cedex

autorise le médecin scolaire 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 du responsable légal

Date de la demande .....

<p><b>2017/2018</b> ETABLISSEMENT où EST INSCRIT L'ELEVE</p> <p><b>Lycée des Métiers Camille du Gast</b> <b>1 Rue de la Manutention BP 10086</b> <b>71321 CHALON SUR SAONE CEDEX</b></p>	<p><b>2016 /2017</b> DERNIER ETABLISSEMENT FREQUENTE PAR L'ELEVE</p> <p>Adresse précise</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--	--

Etablissement fréquenté pendant l'année 2015/2016

.....

.....

.....

**PARTIE RESERVEE A LA SANTE SCOLAIRE**

Date de réponse :

En retour :

- Dossier complet
- Dossier incomplet
- Dossier non retrouvé

- Elève non inscrit à l'école indiquée
- Autres raisons de non envoi
- .....

**Signature et cachet du médecin scolaire**