



DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL



Date de la demande : _____

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 soumise 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) _____ responsable légal(e)
de l'étudiant (NOM et Prénoms) :

né(e) le _____ à _____

Classe : _____

scolarisé(e) en 2026-2027 au Centre Scolaire Notre-Dame Ozanam

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

Etablissement où est inscrit(e) l'étudiant

Etablissement d'où vient l'étudiant

Nom : **CENTRE SCOLAIRE NOTRE DAME OZANAM**

Nom : _____

Rue : **45 rue de l'Héritan**

Rue : _____

Commune : **MACON**

Commune : _____

Département : **71000**

Département : _____

Classe : _____

Classe : _____

Fait à _____, le _____

Signature :

Partie réservée à la Santé Scolaire

Date de la réponse : _____

Dossier complet – Dossier incomplet – Dossier non retrouvé

En retour ⁽¹⁾ Etudiant 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 selon la procédure générale par note de service n°86-044 du 27 janvier 1986, parue au B.O n°6 du 13 février 1986

Dossier à renvoyer au :

Service médical du Centre Scolaire Notre-Dame Ozanam – 45 rue de l'Héritan – 71000 MACON