

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de son parcours scolaire, votre enfant : Nom :   
 Prénom :  Date de naissance :

A changé d'établissement.

Conformément à l'article L1110-4 du code de la sécurité sociale du 10/08/2011 et afin de permettre la continuité du suivi de votre enfant par le personnel du service de promotion de la santé en faveur des élèves, je vous demande de bien vouloir nous autoriser à demander le transfert de son dossier médico-scolaire.

Le médecin de l'éducation nationale actuellement en charge du dossier de votre enfant déterminera les éléments qu'il est utile de nous adresser.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués.

Merci de compléter et signer la partie ci-dessous.

Je, soussigné(e) Nom :  Prénom : ,  
 représentant(e) légal(e)  
 de Nom :  Prénom :  autorise le transfert de son  
 dossier médico-scolaire.

A , le

Signature du responsable légal :

Signature du document PDF en utilisant **Acrobat Reader** : Outil remplir et signer ➔ ajouter une signature ➔ choisir tracer appliquer ➔ positionner + double clic

<b>Établissement précédemment fréquenté par l'enfant :</b> NOM : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Classe : <input type="text"/>	<b>Établissement actuel :</b> NOM : Collège François Truffaut 10 Rue Paul Hivet 02310 CHARLY SUR MARNE Classe : <input type="text"/>
---	--

Direction des services départementaux de l'éducation nationale de l'Aisne  
 Service de promotion de la santé en faveur des élèves

**Partie réservée à la santé scolaire**

Date de la demande :   
 Nom du médecin demandeur :   
 Date de la réponse :

- Élève non inscrit à l'école indiquée
- Dossier non trouvé
- Autre raison de non envoi
- Dossier à retournée à :

Fiche Infirmierie