

**MINISTÈRE de l'ÉDUCATION NATIONALE**  
**RECTORAT DE ROUEN**  
**SERVICE de PROMOTION de la SANTÉ en FAVEUR des ELEVES**

A l'attention des parents ou responsables légaux des élèves  
nouvellement inscrits dans l'école ou l'établissement scolaire

**DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL**

La loi n°2002-303 du 04 mars 2002 et le décret n°2002-637 sur l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé, stipulent que toute transmission de données médicales d'un médecin à un autre doit faire l'objet d'une autorisation préalable du représentant de l'enfant. 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 donc de bien vouloir compléter et signer ce document qui sera remis à l'espace santé de l'établissement scolaire actuellement fréquenté afin qu'il puisse demander la transmission du dossier. Il convient d'observer que la transmission de ce dossier assure le suivi médical de votre enfant tout au long de sa scolarité.

**Je soussigné (e)**

Nom : .....Prénom : .....

Adresse : .....

Parent / Responsable légal de l'élève : (barrer la mention inutile)

Nom : .....Prénom : .....

Né (e) le : .....

à : .....

Autorise la communication de son dossier médical au médecin scolaire de l'établissement actuel.

(1) noter les coordonnées de l'établissement (nom et adresse complète) merci

**Date**

**Signature**

Établissement où est inscrit l'élève	Établissement d'où vient l'élève
NOM : .....	NOM : .....
N°.....Rue : .....	N°.....Rue : .....
Commune : .....Arrt : .....	Commune : .....Arrt : .....
Département : .....Pays : .....	Département : .....Pays : .....
Classe : .....	Classe : .....

**Cadre réservé au service médico-scolaire**

Dossier à retourner à :

Docteur : .....

Adresse : .....

Date de la réponse : .....

<b>Classe :</b>  
-------------------------

## RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELS DESTINÉS A L'ESPACE SANTÉ

Année scolaire 2023/ 2024

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

### 1. Renseignements médicaux :

Votre enfant : (cochez la ou les cases correspondantes à la situation de l'élève)

- A votre connaissance ne présente aucun problème de santé
- A un suivi médical ou paramédical spécialisé  
Psychologue  Orthophoniste  Kinésithérapeute  Maison de l'ado   
Autre : .....
- Allergie(s) : .....
- Asthme : Traitement de fond :  oui  non
- A un régime alimentaire, précisez.....
- A des douleurs de règles importantes avec un traitement
- A bénéficié l'année précédente d'un PAI (projet d'accueil individualisé)
- A une mesure ou un dossier MDPH (handicap)
- A récemment subi ou doit subir une intervention chirurgicale ou médicale pouvant impacter sa Scolarité et/ou son assiduité, précisez.....
- A reçu deux injections du vaccin contre la Rougeole (ROR Rougeole Oreillons Rubéole)

Veuillez noter ici toutes mentions utiles à la bonne prise en charge de votre enfant :

.....  
.....

Pour tout traitement nécessitant un suivi ou une conduite spécifique en cas d'urgence, prendre rendez-vous avec l'infirmière de l'établissement en appelant au numéro du lycée : **02.32.81.69.70** demander l'espace santé, ou par mail : [ce.0760109f@ac-normandie.fr](mailto:ce.0760109f@ac-normandie.fr)

### Autorisation d'intervention chirurgicale :

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame \_\_\_\_\_  
autorisons l'anesthésie de notre fils/fille  
au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

À \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_ **Signature des parents :**

Pour votre information, l'espace santé est un lieu d'accueil, d'écoute, de prévention et de gestion des urgences pour les élèves. Lorsque nous vous appelons et que nous vous demandons de venir chercher votre enfant, c'est que nous estimons que cela est nécessaire. Cela peut être un tiers, majeur que votre enfant connaît.

J'ai lu et pris connaissance de cette information et j'accepte de venir chercher mon enfant dans un moindre délai à la demande du service médical.

À \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_ **Signature des parents :**