

## DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL

Date de la demande .....

Nom et Prénom de l'élève .....

Né(e) le .... / ..... / ..... à .....

Etablissement où l'élève est inscrit	Etablissement d'où vient l'élève
Lycée Argouges	Nom
61, Rue Léon Jouhaux	Rue
38 000 GRENOBLE	CP Commune
Classe	Classe

Fait à ..... Le .....  
**Signature du Responsable légal**

### DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL

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

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) (NOM Prénom) ..... responsable légal(e) de l'élève  
(Nom-Prénom ..... né(e) le ..... / ..... / ..... scolarisé(e) pour  
l'année 2026/2027 au Lycée Argouges à Grenoble autorise le médecin scolaire de cet établissement à demander le dossier médical scolaire à son confrère du (ou des) établissement(s) fréquenté(s) précédemment.

Code Postal .....  
Commune .....  
Classe  
.....

#### PARTIE RESERVEE A LA SANTE SCOLAIRE

Date de la demande  
: .....

Date de la réponse  
: .....

#### En retour (cochez la bonne case)

- Dossier complet  Elève non inscrit(e)  
 Dossier incomplet  Dossier non retrouvé  
 Autres raisons de non envoi .....