

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de son parcours scolaire, votre enfant,

..... né(e) le .....  
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)....., représentant(e) légal(e) de.....  
autorise le transfert de son dossier médico-scolaire.

A....., le.....

Signature,

Etablissement précédemment fréquenté par l'enfant :	Etablissement actuel :
Nom : Collège	Nom : <b>Lycée Polyvalent Jules Verne 23 Rue des Chesneaux 02405 CHÂTEAU THIERRY</b>
Classe :	Classe :

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

**Partie réservée à la santé scolaire**

Adresse à laquelle envoyer le dossier médico scolaire, à l'attention du médecin référent de secteur :

Docteur : Lycée Polyvalent Jules Verne  
SERVICE INFIRMERIE  
23 rue des Chesneaux  
02405 CHÂTEAU THIERRY  
Tél : 03 23 83 90 00.

Date de la demande : .....

Nom du médecin demandeur : Dr .....

Date de la réponse : .....

Elève non inscrit à l'école indiquée

Dossier non trouvé

Autre raison de non envoi