

AUTORISATION DE TRANSFERT DE DOSSIER MÉDICAL

LA LOI N° 2002-303 DU 4 MARS 2002, STIPULE QUE TOUTE TRANSMISSION DE DONNÉES MÉDICALES D'UN MÉDECIN A UN AUTRE MÉDECIN DOIT FAIRE L'OBJET D'UNE AUTORISATION PRÉALABLE DU PATIENT (OU DE SON REPRÉSENTANT LÉGAL).

LE DOSSIER MÉDICAL SCOLAIRE DE VOTRE ENFANT DOIT LE SUIVRE DURANT TOUTE SA SCOLARITÉ.

SON TRANSFERT SOUS-PLI CONFIDENTIEL EST SOUMIS AU PRINCIPE D'AUTORISATION.

A CET EFFET, IL EST IMPERATIF DE RETOURNER CE DOCUMENT D'UMENT COMPLÉTÉ ET SIGNÉ AU MÉDECIN SCOLAIRE DU LYCEE BUFFON.

JE SOUSSIGNÉ(E) M.OU MME.....AUTORISE LE TRANSFERT DU DOSSIER MÉDICAL SCOLAIRE DE MON ENFANT:

Nom Prénom : **Date de naissance :**

Adresse :

FUTURE Classe 2025/2026

DATE

SIGNATURE

Veuillez noter, ci-dessous, l'adresse exacte des écoles fréquentées avant l'entrée à BUFFON.

Merci

Primaire :

Collège :

Lycée ou autres :

A remplir par le secrétariat médical.

Date de la réponse : _____

Dossier complet – Dossier incomplet – Dossier non retrouvé.

En retour (1) **Elève 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.