



DEMANDE DE DOSSIER MÉDICAL *

Date de demande:

Nom de l'élève:

Prénoms:

Né(e) le

à

Établissement où est inscrit l'élève

Établissement d'où vient l'élève

Nom:

Nom:

Rue:, n°

Rue:, n°

Commune: Arr^t (pour Paris):

Commune: Arr^t (pour Paris):

Département: Pays:

Département: Pays:

Classe:

Classe:

Date de la réponse:

Dossier complet – Dossier incomplet – Dossier non retrouvé.

En retour (1) Élève 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

