

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE
Service de Promotion de la Santé en Faveur des Élèves

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)responsable légal(e) de

l'élève :né(e) le...../...../.....

scolarisé(e) à
(nom et adresse complète de l'école fréquentée)

Autorise le médecin scolaire référent de cet établissement à demander le dossier médical scolaire à son confrère de (ou des) établissement(s) où il (elle) était inscrit(e) précédemment.

Fait à le

Signature :

DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL

Date de la demande :

NOM de l'élève :

Prénom :né(e) le/...../..... à.....

Etablissement où est inscrit l'élève	Dernier établissement d'où vient l'élève
Ecole ou établissement :	Ecole ou établissement :
.....
Classe :	Classe :
.....
Rue :	Rue :
.....
Code postal :	Code postal :
.....
Commune :	Commune :
.....

Ecoles ou Etablissements précédents fréquentés:

.....
.....

Partie réservée à la santé scolaire

Date de la réponse :

EN RETOUR* : Dossier complet - Dossier incomplet - Dossier non retrouvé

Elève non inscrit à l'école indiquée

Autres raisons de non-envoi :

* encadrer les mentions utiles

Signature et cachet du CMS :

Cet imprimé une fois complété, doit être envoyé avec le dossier médical à :

**Médecin de l'Éducation Nationale
CENTRE MEDICO SCOLAIRE**

Lycée Désiré Nisard
19 rue de Seine
21400 Châtillon/Seine





**ACADÉMIE
DE DIJON**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Établissement scolaire :

Classe :

Ce document contient des renseignements médicaux, merci de le transmettre à l'infirmier de l'établissement sous pli cacheté. Un courrier avec des informations médicales confidentielles sous pli cacheté à l'attention des services de secours peut également être joint à la présente :
courrier joint : Oui Non

**Photo
à
agrafer**

FICHE INFIRMERIE

NOM : Prénom : Né(e) le :

VACCINATIONS :

Exclusivement pour les élèves qui intègrent l'établissement, joindre une photocopie **nominative** des pages «Vaccinations » du carnet de santé. (article L.3111-2 du code de la santé publique).

NOM et numéro de téléphone du médecin traitant :

- **Votre enfant porte-t-il des lunettes?** Oui Non

Si **OUI**, date de la dernière consultation chez l'ophtalmologue :

- **Votre enfant a-t-il des problèmes d'audition connus?** Oui Non

Si **OUI**, nom du médecin ORL qui le suit :

- **Votre enfant suit-t-il un traitement médical régulier?** Oui Non

Si **OUI**, lequel? :

- **Votre enfant bénéficie-t-il d'un suivi particulier?** Oui Non

(Ex. : Psychologique, pédopsychiatrique, orthophonique, kinésithérapique, ergothérapie)

Merci de préciser le nom du professionnel ou la structure qui suit votre enfant:

- **Votre enfant bénéficie-t-il d'un Projet personnalisé de scolarisation (PPS)?** Oui Non
- **Votre enfant souffre-t-il d'une pathologie chronique nécessitant la mise en place d'un PAI?** Oui Non

(asthme, allergie, épilepsie, diabète, mucoviscidose, drépanocytose, traitement de longue durée)

Dans ce cas, merci de prendre contact avec le personnel de santé de l'établissement.

S'il a bénéficié d'un PAI l'an passé, souhaitez-vous le reconduire pour l'année scolaire à venir? Oui Non

- **Indications complémentaires sur la santé de votre enfant qu'il vous semble important de porter à la connaissance du personnel de santé de l'établissement :**

.....

En cas d'urgence et d'obligation de transférer mon enfant dans le centre hospitalier le mieux adapté, j'autorise qu'il puisse être transporté seul dans un véhicule envoyé par le service de régulation du SAMU. Je serai très rapidement prévenu(e) de ce transfert par un personnel de l'établissement scolaire dans lequel est scolarisé mon enfant. J'assurerai sa sortie de l'hôpital.

Je certifie l'exactitude des informations ci-dessus.

Signature du responsable légal n°1

et / ou

Signature du responsable légal n°2

A le

A le

Vos données sont collectées par l'établissement
Le responsable de traitement est le chef d'établissement. Les informations personnelles collectées serviront à alimenter les traitements suivants : informer les personnels de santé de l'établissement et, le cas échéant ceux des services de secours des problèmes de santé de l'élève. D'autres traitements de données à caractère personnel sont susceptibles d'être mis en œuvre par l'établissement et feront l'objet d'une information ultérieure par le chef d'établissement. Conformément aux dispositions issues du règlement européen à la protection des données à caractère personnel et à la nouvelle loi informatique et libertés, vous disposez d'un droit d'accès, d'opposition, de rectification, de limitation et d'effacement aux données. Pour exercer ces droits et pour toute question relative aux traitements des données de votre enfant (si l'élève est mineur), vous pouvez contacter le délégué à la protection des données par voie électronique dpd@region-academique-bourgogne-franche-comte.fr ou postale : Rectorat de la région académique Bourgogne-Franche-Comte - Délégué à la protection des données - 10 rue de la Convention - 25030 BESANCON Cedex. Si vous estimez, après avoir contacté le chef d'établissement ou le délégué à la protection des données que vos droits à la protection des données personnelles ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation auprès de la CNIL, 3 place de Fontenoy, TSA80715, 75334 PARIS CEDEX07 ou sur <https://www.cnil.fr/fr/plaintes>. Cette fiche est conservée pendant 2 ans par l'établissement et sera détruite (BO du 16 juin 2005 relatif à l'archivage).

Établissement scolaire :

Année scolaire :

Document non confidentiel à remplir par les familles en chaque début d'année scolaire.

Fiche de renseignements en cas d'urgence

Identité de l'élève

Nom : Prénom :

Date de naissance : Classe :

Adresse :

N° de téléphone portable de l'élève majeur :

Identité des responsables légaux :

Responsable légal n°1 :

Nom : Prénom :

Adresse du responsable légal n°1:

N° de téléphone portable :

Responsable légal n°2 :

Nom : Prénom :

Adresse du responsable légal n°2:.....

N° de téléphone portable :

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir les responsables légaux le plus rapidement possible.

Nom et numéro de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

Nom et numéro de téléphone d'une personne susceptible de récupérer votre enfant dans le cas où vous ne pourriez pas vous déplacer (réponse obligatoire)

1 : 2 : 3 :

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital ou le service de soins le mieux adapté, déterminé par le SAMU-centre 15.

Les responsables légaux sont immédiatement avertis par l'école ou l'établissement scolaire.

Un élève mineur ne peut pas sortir de l'hôpital ou de service de soins sans être accompagné d'un de ses parents ou de son responsable légal.

Votre enfant a-t-il un PAI (Projet d'Accueil Individualisé pour raison de santé) : Oui Non
(Le PAI sera joint en cas de sortie ou de voyage scolaire)

Votre enfant a-t-il un PPS (Projet Personnalisé de Scolarisation pour situation de handicap) : oui non
(Le PPS sera joint si besoin en cas de sortie ou de voyage scolaire)

Souhaitez-vous évoquer un point particulier sur la santé de votre enfant ? oui non

Si oui et /ou si votre enfant bénéficie d'un PAI et /ou d'un PPS, veuillez renseigner la fiche infirmerie confidentielle à remettre, sous enveloppe cachetée à l'attention du personnel infirmier,

Lors de la 1ère inscription dans l'établissement, merci de fournir la photocopie des vaccinations avec la fiche infirmerie confidentielle, sous enveloppe cachetée à l'attention de personnel infirmier de l'établissement,

Signature responsable légal n°1

Signature responsable légal n°2

Vos données sont collectées par l'établissement

Le responsable de traitement est le le chef d'établissement. Les informations personnelles collectées serviront à alimenter les traitements suivants : informer les personnels de santé de l'établissement et , le cas échéant ceux des services de secours des problèmes de santé de l'élève. D'autres traitements de données à caractère personnel sont susceptibles d'être mis en œuvre par l'établissement et feront l'objet d'une information ultérieure par le chef d'établissement. Conformément aux dispositions issues du règlement européen à la protection des données à caractère personnel et à la nouvelle loi informatique et libertés, vous disposez d'un droit d'accès, d'opposition, de rectification, de limitation et d'effacement aux données. Pour exercer ces droits et pour toute question relative aux traitements des données de votre enfant (si l'élève est mineur), vous pouvez contacter le délégué à la protection des données par voie électronique dpd@region-academique-bourgogne-franche-comte.fr ou postale : Rectorat de la région académique Bourgogne-Franche-Comte - Délégué à la protection des données – 10 rue de la Convention – 25030 BESANCON Cedex. Si vous estimez, après avoir contacté le chef d'établissement ou le délégué à la protection des données que vos droits à la protection des données personnelles ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation auprès de la CNIL, 3 place de Fontenoy, TSA80715, 75334 PARIS CEDEX07 ou sur <https://www.cnil.fr/fr/plaintes> . Cette fiche est conservée pendant 2 ans par l'établissement et sera détruite (BO du 16 juin 2005 relatif à l'archivage)