



DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL

Formulaire à remettre à St Germain de Charonne qui effectuera la demande de transfert en début d'année scolaire

Date de la demande :

Nom de l'élève :		Prénoms :	
Né (e) le		à :	
Etablissement où s'inscrit l'élève : RNE école : 0750599U / RNE collège : 0754005W Ecole et Collège ST-GERMAIN DE CHARONNE 3, rue des Praires – 75020 PARIS Tél. 01.43.66.06.36 secretariat@mail-charonne.fr		Etablissement d'où vient l'élève : Nom complet et précis de l'établissement : Adresse :	
Ville :		Ville :	
Classe :		Classe :	
Cadre réservé à l'établissement d'origine			
Date de la réponse :			
En retour (1) Dossier complet – Dossier incomplet – Dossier non retrouvé. Elève non inscrit A l'école indiquée. Autres raisons de non envoi :			
<small>(1) Encadrer les mentions utiles cet imprimé une fois complété, doit être renvoyé avec le dossier médical selon la procédure générale par note de service n° 86-044 du 27 Janvier 1986 parue au B.O. n° 6 du 13 Février 1986</small>			

Je soussigné(e) _____, responsable légal,
autorise le transfert du dossier médical scolaire de mon enfant
dans son nouvel établissement scolaire où il est inscrit pour l'année 2020/21.

Date :

Signature