



**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 : .....	
<b>Etablissement où s'inscrit l'élève :</b> 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		<b>Etablissement d'où vient l'élève :</b> Nom <b>complet et précis</b> 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 : .....			
(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			

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 2022/23.

Date :

Signature