

DEMANDE DE DOSSIER MÉDICAL*

Date de la 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 _____

Rue _____, n° _____

Commune : _____

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

