



**Notre-Dame de Sion Paris**

**Sous contrat d'association**

Service médical

01 44 32 06 88

Infirmierie@sion-paris.fr

## Autorisation de transfert de dossier médical

Le dossier médical scolaire de votre enfant doit le suivre durant toute sa scolarité. Son transfert sous pli confidentiel est soumis au principe d'autorisation.

A cet effet, il est nécessaire de retourner ce document dûment complété et signé au service médical de l'établissement précédent de votre enfant.

Je soussigné(e) Mme / M. \_\_\_\_\_ mère / père / responsable légal(e)  
de l'enfant :

Nom, Prénom \_\_\_\_\_ date de naissance  
\_\_\_\_\_

Autorise le transfert du dossier médical scolaire de mon enfant au service médical du nouvel établissement.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature

---

### DEMANDE DE DOSSIER MÉDICAL

Nom de l'élève \_\_\_\_\_ Prénom  
\_\_\_\_\_

Né le \_\_\_\_\_ à  
\_\_\_\_\_

#### Établissement où est inscrit l'élève :

Nom : Collège Lycée Notre-Dame de Sion

Adresse : 61, rue Notre Dame des Champs

75006 Paris

Classe \_\_\_\_\_

#### Établissement d'où vient l'élève :

Nom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Classe \_\_\_\_\_

➤ En retour (cocher la case correspondante) :

dossier complet

dossier incomplet

dossier non retrouvé

autre