



Notre-Dame de Sion Paris

Sous contrat d'association

61 rue Notre-Dame des Champs

75006 Paris

01 44 32 06 70

www.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