

# Demande de dossier médical\*

(Qui sera effectué par nos soins)

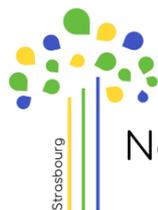
Date de la demande : .....

<b><u>Établissement où est inscrit l'élève</u></b>	<b><u>Partie à remplir par les parents</u></b>
Nom : <b>COLLEGE NOTRE DAME DE SION</b> <b>SERVICE MEDICAL</b>	Nom de l'élève : .....
Adresse : <b>8, bld de la Dordogne</b>	Prénom : .....
Commune : <b>67000 STRASBOURG</b>	Né(e) le : .....
Tél : <b>03.88.35.17.53</b>	A : .....
Classe : .....	<b><u>Etablissement précédent de l'élève</u></b>
<b>DOCTEUR SCOLAIRE DE</b> <b>L'ÉDUCATION NATIONALE :</b>	Nom : .....
<b><u>Docteur Lohr</u></b>	Rue : .....
	Commune : .....
	Département : .....
	Pays : .....
	Classe : .....

A compléter par l'établissement précédent de l'élève

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.



Notre-Dame de Sion  
École & Collège

## Fiche de suivi médical Pôle de santé scolaire

Nom de l'élève : ..... Prénom : .....

Nom du médecin traitant : .....

Numéro de sécurité sociale : .....

Personnes à joindre en cas d'urgence :

<b>Père :</b>	<b>Mère :</b>	<b>Autre :</b>
<b>Mobile :</b>	<b>Mobile :</b>	<b>Lien de parenté :</b>
<b>Travail :</b>	<b>Travail :</b>	<b>Mobile :</b>
<b>Domicile :</b>	<b>Domicile :</b>	<b>Travail :</b>
		<b>Domicile :</b>

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par l'établissement.

**Antécédents / allergies :**

**Asthme ?**     Oui     Non    traitement :

**Allergies ?**     Oui     Non    traitement :

**Protocole d'accueil individualisé PAI ?**     Oui     Non

(Joindre une copie sous enveloppe)

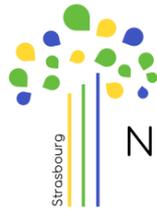
**Autres :** .....

**OBLIGATOIRE : Transmettre les photocopies des vaccinations du carnet de santé**

Les données de santé figurant sur le présent document sont soumises au traitement des données personnelles, document RGPD.

Date :

Signatures des parents :



Notre-Dame de Sion  
École & Collège

## Suivi personnalisé de l'enfant Pôle de santé scolaire

Nom : ..... Prénom : ..... Classe : .....

**Merci de nous indiquer si votre enfant a bénéficié d'un suivi personnalisé :**

- ▶ PPRE                                    oui             non
  
- ▶ PAP                                        oui             non

**Si l'un de ces dispositifs est déjà en place merci de joindre une copie du protocole ainsi qu'une demande de renouvellement par courrier.**