



CLASSE

FICHE DE DEMANDE DE DOSSIER MÉDICAL*

NOM : PRÉNOM :

Date de naissance : CLASSE :

Établissements d'où vient l'élève : MERCI DE RENSEIGNER TOUS LES ÉTABLISSEMENTS FRÉQUENTÉS PAR VOTRE ENFANT

CLASSES	ANNÉE SCOLAIRE	NOM ET ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT
Terminale ou CAP		
Première ou CAP		
Seconde ou CAP		
3ème		
4ème		
5ème		
6ème		
Primaire		
Maternelle		

Je, soussigné(e), autorise l'envoi du dossier médicale de au Docteur BILLIEMAZ.

Le Signature :

Cadre réservé à l'établissement d'origine

Date de la réponse:

En retour : ☐ Dossier incomplet
☐ Dossier non retrouvé
☐ Élève non inscrit à l'école indiquée
☐ Autres raisons de non envoi :

* Dossier à retourner au Docteur M. BILLIEMAZ du L.P. AMBLARD