

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONFIDENTIELS à transmettre sous pli cacheté
au **SERVICE MÉDICAL**

Nom : Prénom : Classe : Adresse :	Dernier établissement fréquenté : Classe de :
Noms des responsables légaux et numéros de téléphone : Numéro de téléphone de l'élève :	Numéro de Sécurité sociale de l'enfant: Nom et coordonnées du médecin traitant :
Problèmes ayant une incidence sur la santé de l'élève: (Année de la maladie, interventions chirurgicales..) :	
Allergies connues : Maladie chronique (diabète, asthme..) :	
Votre enfant suit il actuellement un traitement : Oui Non Si oui, lequel ? :	
Votre enfant a t'il déjà bénéficié d'un P.A.I (projet d'accueil individualisé) : Oui Non	Votre enfant a t'il déjà bénéficié d'un aménagement particulier lors de sa scolarité en raison de son état de santé ou d'un handicap : PPS (Projet Personnalisé de scolarisation) : Oui Non PAP (Plan d'Accompagnement Personnalisé) : Oui Non

Joindre la copie du Carnet de vaccination

*Si votre enfant présente des problèmes de santé ou un handicap **nécessitant la mise en place d'un protocole médical**, nous vous prions de bien vouloir vous mettre en relation avec le **service médical** du lycée, afin d'accueillir votre enfant au sein de l'établissement dans les meilleures conditions.*

Date :

Signature du responsable légal :

**DEMANDE DE DOSSIER MÉDICAL SCOLAIRE
RENTÉE 2021-2022**

La loi n° 202-303 du 04 mars 2002, stipule que la transmission de données médicales d'un médecin à un autre médecin doit faire l'objet d'une autorisation préalable de la/du patient.e ou de sa/son représentant.e légal.e. La transmission du dossier médical scolaire de votre enfant qui la/le suivra durant tout son cursus scolaire, est soumise à ce principe. Nous vous demandons de bien vouloir compléter le document qui suit, et de le signer. Il sera transmis au médecin scolaire du collège ou du lycée de votre enfant afin qu'elle/il fasse la demande de transmission au médecin de l'établissement d'origine.

NOM DE L'ELEVE _____ Prénom _____

Date de naissance : _____ à _____

Établissement où l'élève est inscrit.e
en 2021-2022

Lycée Technologique d'Arts Appliqués Auguste Renoir
24, rue Ganneron 75018 PARIS

Établissement où l'élève était inscrit.e
en 2020-2021

Nom de l'établissement

Classe _____

.....
n° _____ rue

Code postal _____

VILLE _____

Je soussigné.e _____, responsable légal.e autorise le transfert
du dossier médical scolaire de mon enfant au service médical de son nouvel établissement scolaire où elle/il est
inscrit.e en 2021/2022

Date :

Signature :

Date de la réponse

Dossier complet /Dossier incomplet /Dossier absent /Élève non inscrit.e

Nom du médecin, cachet de l'établissement



Document à faire signer dès la rentrée en grande section par les familles ou lors de toute ouverture de dossier à scanner dans Esculape avant de le rendre aux signataires

Dossier médical numérique ESCULAPE Accès et transmissions des données

L'application Esculape permet au médecin de l'éducation nationale de saisir, dans un dossier numérique protégé, les éléments recueillis lors des visites médicales de votre enfant en milieu scolaire, comme cela avait lieu auparavant dans le dossier papier, pour organiser un suivi efficace de sa santé et favoriser son bien-être et sa réussite scolaire.

Sous la responsabilité du médecin, les informations qui y figurent sont strictement confidentielles.

Les informations recueillies concernent notamment les vaccinations, l'examen staturo-pondéral avec calcul de l'IMC, le bilan sensoriel : vue et audition, l'examen clinique, le bilan du langage, le bilan du développement de l'enfant, ou tout autre élément utile concernant sa santé.

Les conclusions de ces bilans médicaux incluant, le cas échéant, des recommandations, des conseils ou des demandes d'investigations complémentaires ainsi que, si besoin, la remise d'un courrier à l'attention du médecin traitant, vous seront transmises. Le médecin veille également au respect de la confidentialité de cette transmission.

Une fois anonymisées, les données de santé peuvent être utilisées à des fins d'études épidémiologiques.

Conformément à la loi, ce dossier est conservé, actuellement jusqu'aux 28 ans révolus des personnes, dans des conditions hautement sécurisées.

Cette application informatique du ministère de l'éducation nationale a reçu en date du 16 octobre 2017 l'accord de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) sous le numéro de déclaration 1980013 v 1.

Les droits d'accès et de rectification des données par l'élève, ses parents ou ses responsables légaux à l'égard du traitement de données à caractère personnel, prévus par les articles 39 et 40 de la loi du 6 janvier 1978, s'exercent soit sur place, soit par voie postale, soit par voie électronique auprès du médecin de l'éducation nationale ou de l'inspecteur d'académie, directeur académique des services de l'éducation nationale.

Vous pouvez accéder à toutes les informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin que vous désignez sur demande écrite auprès du médecin conseiller technique départemental et en obtenir communication comme prévu dans la **loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé**. Sous réserve de l'opposition prévue à l'article L. 1111-5, dans le cas d'une personne mineure, le droit d'accès est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale.

Cette loi et le décret n°2016-994 du 20 juillet 2016, disposent que toute transmission de données médicales d'un médecin à un autre professionnel de santé doit faire l'objet d'une autorisation préalable.

La transmission du dossier médical scolaire de votre enfant entre professionnels de santé est soumise à ce principe.

Sans opposition écrite de votre part, les données nécessaires au suivi médical de votre enfant pourront être transmises aux professionnels de santé qui auront à le prendre en charge. A tout moment vous pourrez modifier votre décision.

J'accepte

Je refuse

que les données nécessaires au suivi médical de mon enfant puissent être transmises aux professionnels de santé qui auront à le prendre en charge

Lu et approuvé par :

(Nom du ou des titulaire-s de l'autorité parentale)

Nom de l'élève :

Date :

Signature(s)