

DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL SCOLAIRE

NOM et Prénom de l'élève :

Date de Naissance :

Etablissement fréquenté : **LYCEE MAUPERTUIS**

Classe :

Etiez-vous dans cet établissement l'an dernier ? *oui* *non*

A \Rightarrow *Tableau à remplir obligatoirement (merci)*

	Classes	Etablissements précédemment fréquentés depuis la maternelle Préciser le nom et l'adresse complète
Maternelle	Grande section	
Primaire	CP CE1 CE2 CM1 CM2	
Collège	6 ^{ème} 5 ^{ème} 4 ^{ème} 3 ^{ème}	
Lycée	2 ^{nde} 1 ^{ère} Terminale	

Nom de l'établissement où vous avez passé la dernière visite médicale scolaire :

B \Rightarrow Partie réservée au Service de Promotion de la Santé

En retour le :

Dossier complet

Dossier non retrouvé

Elève non inscrit à l'école indiquée

Le dossier médical est à renvoyer directement avec sa demande sous pli confidentiel au :

CENTRE MEDICO SCOLAIRE
48 avenue du 47^{ème} R.I.
35400 SAINT MALO
Tél-Fax : 02.99.56.08.11