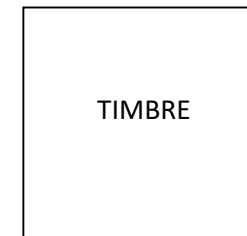


**CETTE CARTE REPONSE DOIT ETRE REMPLIE RECTO-VERSO  
AFFRANCHIE PAR LA FAMILLE  
ET A ENVOYER A L'ETABLISSEMENT  
FREQUENTE L'ANNE PRECEDENTE**



## **ETABLISSEMENT FREQUENTE L'ANNEE DERNIERE**

---

### **Service Médical Scolaire**

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE  
ACADEMIE DE GRENOBLE

LYCEE CHAMPOLLION  
1 Cours Lafontaine  
38026 GRENOBLE Cedex  
04 76 85 59 59 – Infirmierie poste 347

## OBJET : DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL

Veillez nous faire parvenir le **Dossier Médical** de :

Nom de l'élève : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_

Classe fréquentée dans l'établissement précédent : \_\_\_\_\_

Date de l'envoi : \_\_\_\_\_

Réponse du Service de Santé Scolaire (barrer les mentions inutiles) :

DOSSIER COMPLET

DOSSIER INCOMPLET

DOSSIER NON RETROUVE

ELEVE NON INSCRIT

AUTRES RAISONS DE NON ENVOI : \_\_\_\_\_