

DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL

Date de la demande /__/__/_____/ (ne rien inscrire ici)

NOM de l'élève :Prénom :

Né(e) le : /__/__/_____/ à :

ETABLISSEMENT FAISANT LA DEMANDE

INSTITUTION SAINT-ALYRE
INFIRMERIE
20 rue Sainte-George
63037 CLERMONT-FERRAND CEDEX1
☎ 04-73-31-70-30 ☎ 04-73-31-70-40
✉ institution@saint-alyre.net
Site : <http://www.saint-alyre.net>

ETABLISSEMENT D'OU VIENT L'ELEVE

NOM :

Rue :

CODE POSTAL : COMMUNE :

TELEPHONE : /__/__/__/__/__/

Classe :

Réponse de l'I.A du département d'origine (service hygiène scolaire)

En retour : dossier complet – incomplet - non retrouvé - inexistant