



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT PARENTAL POUR LA TRANSMISSION DES DONNEES MEDICALES DE L'ENFANT AU MEDECIN SCOLAIRE

PREVENTION DES TROUBLES SCOLAIRES

Le réseau RPSOF-ASNR propose un suivi médical spécifique pour les enfants vulnérables (grande prématurité, pathologie néonatale). L'objectif du réseau est d'accompagner ces enfants jusqu'à 7 ans dans leur développement et leurs apprentissages.

Lorsque l'enfant rentre à l'école, habituellement vers 3 ans, il est aussi suivi par la médecine scolaire.

Le rôle du médecin scolaire est de veiller à la santé et au bien-être des enfants à l'école. Il intervient notamment pour faciliter l'intégration scolaire des enfants rencontrant des difficultés d'apprentissage ou des difficultés de comportement en classe.

Une communication entre le médecin pilote du réseau, le médecin scolaire et les parents est souhaitable :

- pour que le médecin scolaire exerce une vigilance dès la première année d'école. Cette vigilance est indépendante du suivi pédagogique et respecte le secret médical absolu.
- pour que les parents ou le médecin pilote puissent facilement joindre le médecin scolaire en cas de difficultés dans les apprentissages ou l'adaptation en classe.
- pour que le médecin scolaire puisse continuer à accompagner l'enfant dans ses apprentissages au-delà du suivi du médecin pilote, qui s'arrête à 7 ans.

Cette communication entre les médecins scolaires du 92 et les médecins pilotes se fait dans le cadre d'une **convention établie entre l'éducation nationale et le RPSOF-ASNR**. Elle est soumise au consentement des parents.

Nom, Prénom de l'enfant :

Né(e) le : / /

Scolarisé à :

Nom de l'école Code postal Ville

Je soussigné(e) Madame Monsieur

Mère Père Tuteur légal de l'enfant

- Autorise le RPSOF-ASNR à transmettre au médecin scolaire les coordonnées de mon enfant et de son médecin pilote : Oui Non
- Autorise le RPSOF-ASNR à transmettre au médecin scolaire les données médicales de mon enfant qui ont été enregistrées par son médecin pilote : Oui Non

Je signe le présent formulaire en témoignage de mon consentement libre et éclairé.

Fait à Le / /

Signature du/des parent(s) ou tuteur légal

Nom, prénom et signature du médecin
ayant délivré les informations :

Exercice de mes droits

Conformément au Règlement Européen sur la Protection des Données, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des informations vous concernant ou concernant votre enfant. Si vous souhaitez exercer ces droits, veuillez-vous adresser au :

RPSOF-ASNR – ATLANTIC 361, CS 50023, 361 avenue du Général de Gaulle Bâtiment D – 92142 CLAMART Cedex
mail : reasnr@wanadoo.fr Une réponse vous sera apportée au plus tard sous 30 jours.