

## Demande de dossier médical

Date de la demande : .....

Nom de l'élève : ..... Prénoms : .....

Né(e) le : ..... A : .....

### Etablissement où est inscrit l'élève

Nom : Lycée Polyvalent TOUCHARD-WASHINGTON

Rue : 8, Place Washington CS31937

Commune : 72000 Le Mans

Département : Sarthe

Classe : .....

### Etablissement d'où vient l'élève

Nom : .....

Rue : .....

Commune : .....

Département : .....

Classe : .....

Date de la réponse : ..... Dossier :  complet  Incomplet  non retrouvé

En retour :  Elève non inscrit à l'école indiquée  autre raison : .....

## Demande de dossier médical

Date de la demande : .....

Nom de l'élève : ..... Prénoms : .....

Né(e) le : ..... A : .....

### Etablissement où est inscrit l'élève

Nom : Lycée Polyvalent TOUCHARD-WASHINGTON

Rue : 8, Place Washington CS 31937

Commune : 72000 Le Mans

Département : Sarthe

Classe : .....

### Etablissement d'où vient l'élève

Nom : .....

Rue : .....

Commune : .....

Département : .....

Classe : .....

Date de la réponse : ..... Dossier :  complet  Incomplet  non retrouvé

En retour :  Elève non inscrit à l'école indiquée  autre raison : .....