

CESCOLE

Cercle scolaire de Colombier et environs

Aux parents des élèves s'apprêtant à rentrer en 11^{ème} année
Certificat médical de la visite de santé

Visite de santé

Colombier,

Madame, Monsieur,

Les directives cantonales de médecine scolaire prévoient que chaque élève effectue une visite de santé chez son médecin de famille avant la fin de sa scolarité obligatoire.

Cette visite s'effectue chez le médecin habituel de votre enfant. Veuillez à cette occasion vous munir de son carnet de vaccination ainsi que du certificat de santé ci-joint. Le médecin complétera le certificat médical que vous voudrez bien nous retourner sous pli fermé soit directement à l'enseignant de votre enfant ou à l'adresse suivante :

Santé scolaire CESCOLE
Avenue de Longueville 11
2013 Colombier

Les renseignements transmis seront traités confidentiellement par le service de santé scolaire.

Si votre enfant a été vu par un médecin dans les 9 derniers mois, il vous suffit de lui demander de compléter le certificat annexé.

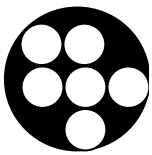
La consultation chez votre médecin, ainsi que les vaccins prévus à cet âge sont pris en charge par l'assurance-maladie de votre enfant, sous réserve de la franchise.

En restant à disposition pour toute information complémentaire.

Nous vous prions de recevoir, Madame, Monsieur, nos meilleures salutations

En résumé, veuillez :

1. **Dès ce jour**
Prendre rendez-vous chez le médecin de votre enfant
2. **Lors de la consultation**
Apporter le document ci-joint + carnet de vaccination
3. **Dès l'examen passé**
Transmettre le certificat médical au Service de santé scolaire de CESCOLE



CESCOLE

Cercle scolaire de Colombier et environs

Confidentiel

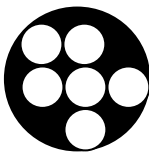
Toutes les informations transmises par ce certificat sont confidentielles et resteront dans le dossier de santé scolaire de l'enfant, à l'usage unique du médecin scolaire ou du service de santé scolaire. Le document « examen médical » reste dans le dossier médical du médecin qui a fait l'examen.

A remplir par les parents:

Nom et prénom de l'enfant:	
Adresse:	Tél. privé:
Origine:	Lieu de naissance:
Date de naissance:	Sexe: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Nom et prénom du père:	Téléphone portable et professionnel:
Nom et prénom de la mère:	Téléphone portable et professionnel:
Frères et sœurs:	Autorité parentale détenue par:
Autre répondant légal, nom, prénom, adresse:	Téléphone privé et professionnel:
Classe de l'enfant:	Nom du médecin de l'enfant:

Merci de retourner ce document **dans une enveloppe fermée** à :

L'enseignant de votre enfant,
ou à l'adresse suivante:
CESCOLE, Avenue Longueville 11, Case Postale 76, 2013 Colombier
ou par mail:
nathalie.fellrath@rpn.ch



CESCOLE

Cercle scolaire de Colombier et environs

A remplir par le médecin de famille :

J'atteste avoir procédé à la consultation de santé.....

Classe :

de (nom de l'enfant)

le (date)

Poids

Taille

Vue de loin

_____kg

_____cm

en ordre

pathologique

Suite à cet examen :

Le statut vaccinal de l'élève, selon les recommandations de l'OFSP en fonction de son âge est :

à jour

partiellement

non vacciné

J'atteste que l'enfant a reçu les deux doses de vaccination contre la rougeole

J'atteste que l'enfant a fait la varicelle

Je souhaite rendre le Service de Santé scolaire attentif à l'élément suivant, pouvant nécessiter une surveillance particulière:

Allergie:

Maladie chronique:

L'enfant suit un traitement médicamenteux à long terme:

.....

Autres suivis (orthophonie, psychomotricité, etc.):

.....

Pathologie particulière pouvant influencer sur la vie scolaire (information transmise d'entente avec les parents):

.....

Autre élément marquant de l'anamnèse (information transmise d'entente avec les parents):

.....

Lieu, date:

Timbre et signature du médecin: