

CESCOLE

Cercle scolaire de Colombier et environs

Aux parents des élèves s'apprêtant à rentrer en 3^{ème} année

Certificat médical de la visite de santé

Visite de santé

Colombier,

Madame, Monsieur,

Votre enfant entrera lors de la prochaine rentrée scolaire en 3^{ème} année.

Les directives cantonales de médecine scolaire prévoient que chaque élève effectue une visite de santé chez son médecin de famille. Cette consultation correspond à la visite systématique préconisée chez les enfants aux environs de 6 ans.

Celle-ci doit s'effectuer chez le médecin habituel de votre enfant, au plus tard jusqu'à la rentrée scolaire de 3^{ème} année. Veuillez à cette occasion vous munir de son carnet de vaccination ainsi que du formulaire du certificat de santé ci-joint.

Le certificat est ensuite à envoyer sous pli fermé au service de santé scolaire de CESCOLE :

Santé scolaire CESCOLE
Avenue de Longueville 11
2013 Colombier

Les renseignements transmis seront traités confidentiellement par notre service.

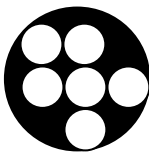
Si vous le souhaitez, il vous est possible de rendre le document dans une enveloppe fermée directement à l'enseignant(e) de votre enfant, ou de l'envoyer par courriel à l'adresse suivante : nathalie.fellrath@rpn.ch.

Si votre enfant a été vu par un médecin dans les 9 mois précédents la rentrée scolaire, il n'est bien sûr pas nécessaire de répéter la visite. Elle sera considérée comme étant faite, et, dans ce cas, il vous suffit de demander au médecin concerné de remplir le certificat ci-joint.

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

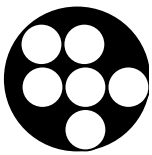
Toutes les informations transmises par ce certificat sont confidentielles et resteront dans le dossier de santé scolaire de l'enfant, à l'usage unique du médecin scolaire ou du service de santé scolaire.

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:

Classe :

J'atteste avoir procédé à la consultation de santé

de (nom de l'enfant)

le (date)

<u>Poids</u>	<u>Taille</u>	<u>Vue de loin</u>	<u>Dalto</u>	<u>Lang</u>	<u>Audio</u> OU	<u>Voix chuchotée</u>
___kg	___cm	<input type="checkbox"/> en ordre <input type="checkbox"/> pathologique	<input type="checkbox"/> en ordre <input type="checkbox"/> pathologique	<input type="checkbox"/> en ordre <input type="checkbox"/> pathologique	<input type="checkbox"/> en ordre <input type="checkbox"/> pathologique	<input type="checkbox"/> en ordre <input type="checkbox"/> 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 à jour 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: