

CESCOLE

Cercle scolaire de Colombier et environs

Aux parents des élèves s'apprêtant à rentrer en 8^{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.

Veillez à cette occasion vous munir de son carnet de vaccination et du certificat de santé ci-joint. Le médecin complétera le certificat médical que vous voudrez bien nous retourner sous pli fermé à l'adresse suivante :

Santé scolaire CESCOLE
Avenue de Longueville 11
2013 Colombier

Vous pouvez également transmettre le document à l'enseignant/e de votre enfant ou par mail à l'adresse suivante : nathalie.fellrath@rpn.ch

Les renseignements transmis seront traités confidentiellement par notre service.

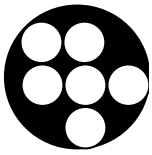
Nous restons volontiers à disposition pour toute question supplémentaire.

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

Service Santé Scolaire

En résumé, veuillez :

1. **Dès ce jour**
Prendre rendez-vous chez le médecin de votre enfant (dès 11 ans révolus)
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

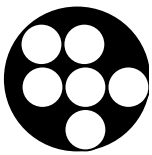
Toutes les informations transmises par ce certificat sont confidentielles et resteront dans le dossier de santé scolaire de l'enfant, à l'usage unique du médecin scolaire ou du service de santé scolaire. Le document « examen médical » reste dans le dossier médical du médecin qui a fait l'examen.

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: