

Certificat médical de la visite de santé (11-12 ans)

Autorisation de transmission d'informations entre le médecin de l'enfant et la santé scolaire

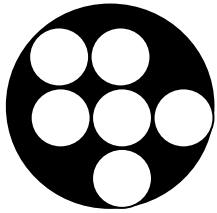
A remplir par les parents:

Nom et prénom de l'enfant:	
Adresse:	Tél. privé:
Origine:	Lieu de naissance:
Date de naissance:	Sexe: M F
Nom et prénom du père:	Nom et prénom de la mère:
Autorité parentale détenue par (si différent des parents):	
Autre répondant légal, nom, prénom, adresse:	
Nom du médecin de l'enfant:	

- OUI J'autorise** le médecin traitant de mon enfant à transmettre au service de santé scolaire, selon son appréciation, toutes les informations utiles au suivi de sa santé dans le cadre de l'école.
- NON Je n'autorise pas** le médecin traitant de mon enfant à transmettre au service de santé scolaire des informations sur sa santé

Signature du représentant légal

Ce document est à nous retourner dans tous les cas dans une enveloppe fermée à :
CESCOLE, service de santé scolaire, Av. de Longueville 11, 2013 Colombier
Ou par mail à l'infirmière scolaire: carole.brebart@rpn.ch



Certificat médical de la visite de santé (11-12 ans)

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 des intervenants en santé scolaire.

Je soussigné, atteste avoir procédé le à la consultation de santé de 7^{ème} année, conformément aux directives cantonales de santé scolaire.

Dené,e le

Suite à cet examen,

Je confirme qu'il n'y a aucun problème de santé connu pouvant influencer négativement sur le bien-être de l'élève dans sa vie scolaire.

Y a-t-il un risque allergique connu ? Si oui, merci de préciser :

Je confirme que le statut vaccinal de l'élève est à jour ou en cours selon les recommandations de l'OFSP en fonction de son âge.

Concernant la rougeole, l'enfant a reçu :

1 dose

2 doses

n'est pas vacciné

Je souhaite rendre les intervenants en santé scolaire attentifs aux éléments suivants pouvant nécessiter une surveillance particulière :

.....
.....

Lieu, date: Timbre et signature du médecin :

Les intervenants en santé scolaire vous remercient pour votre collaboration