

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 préscolaire » reste dans le dossier médical du médecin qui a fait l'examen.

A remplir par les parents:

Nom et prénom de l'enfant:	
Établissement scolaire de l'enfant:	Nom du médecin de l'enfant:
Adresse:	Tél. privé:
Origine:	Lieu de naissance:
Date de naissance:	Sexe: M ☐ F ☐
Nom et prénom du père:	Téléphone privé et professionnel:
Nom et prénom de la mère:	Téléphone privé et professionnel:
Frères et sœurs:	Autorité parentale détenue par:
Autre répondant légal, nom, prénom, adresse:	Téléphone privé et professionnel:

Merci de retourner ce document **dans une enveloppe fermée** à l'enseignant ou l'enseignante de votre enfant lors de la rentrée scolaire. Il sera ainsi transmis au médecin scolaire.

Coordonnées du médecin scolaire:

.....

Certificat médical suite de la visite de santé préscolaire

A remplir par le médecin de famille:

J'atteste avoir procédé à la consultation de santé préscolaire

de (nom de l'enfant)

le (date)

conformément au status recommandé par la Commission cantonale de médecine scolaire.

Suite à cet examen,

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

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

☐ je souhaite rendre le médecin 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: