**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 santé de mon enfant 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 jusqu’au :
dans une enveloppe fermée à :

En cas de refus d’autorisation, la partie confidentielle du médecin n’est pas remplie.

**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 2ème année

de ....................................................................................................né,e le ...................

conformément aux directives cantonales de santé scolaire.

Suite à cet examen,

 Je confirme qu'il n'y a aucun problème de santé connu pouvant influer 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 :

EORéN / Ecole obligatoire de la région de Neuchâtel /Tél : 032 886 40 15 / eoren.spps@rpn.ch

CESCOLE / Cercle scolaire de Colombier et environs /Tél : 032 841 18 77/ Nathalie.Fellrath@rpn.ch

CSRC / Cercle scolaire régional Les Cerisiers /Tél : 032 886 45 82/ Katya.Bourquin@rpn.ch

JJR / Cercle scolaire du Val-de-Travers /Tél : 032 886 44 25/ Dominique.Ionescu@rpn.ch

CSVR / Cercle scolaire de Val-de-Ruz /Tél : 032 886 57 20/ valerie.besnard@ne.ch

Cercle scolaire Le Locle /Tél : 032 886 63 60/ spsj-lelocle@rpn.ch

Ecole obligatoire de la Chaux-de-Fonds /Tél : 032 967 61 62/ centre.sante.vch@ne.ch
Ecole Catholique / Tél : 032 725 92 58 /infirmiere.scolaire@ecole-catholique.ch
International School of Neuchâtel / Tél : 032 721 43 88 /genezette@net2000.ch

**Les intervenants en santé scolaire vous remercient pour votre collaboration**