



## **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:	
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:
Collège de l'enfant:	Nom du médecin de l'enfant:

Merci de retourner ce document **dans une enveloppe fermée** à :

**Service Prévention Promotion Santé • Daniel-Jeanrichard 9 • CP 634 • CH-2400 Le Locle**

**Certificat médical de la visite de santé (11 ans révolus)**

---

**A remplir par le médecin de famille :**

J'atteste avoir procédé à la consultation de santé

de (nom de l'enfant) .....

le (date) .....

**Suite à cet examen :**

Poids : \_\_\_\_\_ Kg, Taille : \_\_\_\_\_ cm

Vue:  en ordre  anormale: .....

Le statut vaccinal de l'élève, selon les recommandations de l'OFSP en fonction de son âge, est :

à jour  incomplet. Il manque:.....

J'atteste que l'enfant a été vacciné contre la rougeole aux dates : .....

L'enfant a fait la varicelle  oui  Non. Il a été vacciné  oui  Non

Je souhaite rendre le Service Promotion Santé Jeunesse attentif aux éléments suivants, 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: