

CERTIFICAT MEDICAL POUR LE MEDECIN DES ECOLES

CONFIDENTIEL

J'atteste avoir procédé au contrôle de santé "8H" selon les directives cantonales de santé scolaire.

Pour l'enfant : Nom/Prénom:.....
 Date de naissance:.....

☐ Il/elle ne présente pas de problème de santé particulier.

Les vaccins sont à jour selon les recommandations de l'OFSP oui ☐ non ☐

☐ Je souhaite signaler au médecin scolaire les problèmes suivants:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Lieu et date:.....

Timbre et signature du médecin:

A retourner sous pli fermé à:

Dr Michel Perrenoud
Médecin scolaire
Service Promotion Santé Jeunesse
Rue Daniel-JeanRichard 9
Case postale 634
2400 Le Locle
SPSJ-LeLocle@rpn.ch