

**Centre de Santé
Promotion de la Santé à l'École
Rue Derrière la chapelle ,18
4040 Herstal**
Tél. : 04 256 87 80
service.centre.sante@herstal.be

Aux parents des élèves des
écoles communales de l'entité de
Herstal

Madame, Monsieur,

Objet : Autorisation de traitement préventif en cas de méningite bactérienne à l'école.

Nous vous demandons de **compléter ce document et de le remettre le plus rapidement possible à l'enseignant titulaire de la classe de votre enfant.**

Nom et prénom de l'enfant :
Date de naissance :
Ecole et classe :

**Apposer ici une vignette de mutuelle
au nom de votre enfant**

En cas d'infection à méningocoques dans l'école de mon enfant, j'accepte qu'il reçoive un traitement antibiotique (sirop ou comprimé, en fonction de l'âge) le protégeant de la contamination.

- OUI**
 NON

Nom du médecin traitant ou de la maison médicale :
Tél /gsm du médecin..... n°
Code postal Localité

Je signale toute intolérance ou allergie médicamenteuse que présente mon enfant :

.....
.....

Signature d'un parent ou du tuteur de l'enfant

(*) biffer la mention inutile

Ceci n'est pas une vaccination. Même si votre enfant a reçu une vaccination méningite, cet antibiotique est quand même souhaitable car il existe plusieurs types de méningites.

Pour vous avertir le plus rapidement possible, veuillez nous donner un numéro de téléphone où vous joindre

.....

!!! En cas d'absence de réponse de votre part dans les 10 jours, nous la considérerons comme positive.

Nous vous remercions de votre collaboration et vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, nos salutations les meilleures.

L'équipe du Centre de Santé