

**Centre de Santé
Promotion de la Santé à l'École**
Tél. : 04 256 87 80

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

Madame, Monsieur,

Objet : Traitement préventif en cas de maladie contagieuse dans l'école.

Soucieux de la santé de vos enfants et pour pouvoir faire face à toute maladie contagieuse, nous vous demandons de remplir ce qui suit :

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 de maladie contagieuse survenant dans l'école de mon enfant (par exemple, méningite), 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 :

rue 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