

MÉDECIN TRAITANT
(A FAIRE REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT)

NOM :

Adresse :

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Problèmes médicaux particuliers de l'élève :

.....

PAI (Projet d'Accueil Individualisé) l'année précédente :

.....

Dans le cas où l'élève est dispensé de sport à l'année, il est impératif de déposer la dispense en début d'année à l'infirmierie.

Observations éventuelles :

VACCINATIONS
(A FAIRE REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT)

L'élève présente les vaccinations suivantes :

- DT POLIO à jour non à jour
- ROR (2 injections) à jour non à jour
- BCG à jour non à jour
- Hépatite B à jour non à jour

N.B. : La vaccination du DP POLIO est obligatoire pour tous les élèves, les autres vaccinations sont recommandées.

Fait à _____, le / /
Signature et cachet du médecin

- ***Ce document n'est pas confidentiel, si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention du médecin scolaire ou de l'infirmière de l'établissement.***
 - ***Joindre la photocopie du carnet de vaccination.***