



**DEPARTEMENT DE LA FORMATION,
DE LA JEUNESSE ET DE LA CULTURE**

Service de l'enseignement spécialisé
et de l'appui à la formation (SESAP)

**Unité de promotion de la santé
et de prévention en milieu scolaire (Unité PSPS)**

**DEPARTEMENT DE LA SANTÉ ET DE
L'ACTION SOCIALE**

Service de la santé publique (SSP)

**Aux parents des élèves de 9 à 11S
nouvellement arrivés dans l'Etablissement**

Orbe, le 19 mars 2018

Bilan de santé des nouveaux arrivants

Madame, Monsieur, Chers parents,

Votre enfant arrive dans un nouvel établissement scolaire et nous lui souhaitons une cordiale bienvenue. Nous vous invitons à nous transmettre les informations utiles relatives à l'état de santé, de votre enfant, un des éléments importants d'une intégration harmonieuse à la vie scolaire.

Nous vous remercions de retourner le bilan de santé annexé à ce courrier à l'infirmier-e scolaire de l'établissement, avec une copie du carnet de vaccination au plus vite.

Les renseignements transmis sont confidentiels, à l'usage exclusif de l'infirmier-e et du médecin scolaires de l'établissement.

En vous remerciant de votre collaboration, nous vous adressons, Madame, Monsieur, Chers parents, nos meilleures salutations.

Dr Olivier Duperrex
Responsable de l'Unité PSPS

Monique Archambault
Cheffe du Service de santé scolaire

Annexe (s) :

- bilan de santé (formulaire)

Bilan de santé

Le présent formulaire **est à adresser à l'infirmier-e scolaire avec une copie du carnet de vaccination**. Ces documents feront partie du dossier de santé de l'enfant, destiné à l'usage exclusif du médecin et de l'infirmier-e scolaires.

Angélique KONÉ
Infirmière scolaire
Rte de Valeyres 1A
1350 Orbe
079 /159 17 75
servicesante.es.orbe@avasad.ch

Coordonnées de votre enfant (à remplir par les parents s.v.p)

Nom Prénom :

Né-e le : Sexe :

Adresse :

Tél. privé :

Nom et prénom du père :

Tél. professionnel :

Autres tél. des parents si urgence :

Nom et prénom de la mère :

Tél. professionnel :

Autres tél. des parents si urgence :

Autres personnes atteignables en cas d'urgence :

Nom : Tél. :

Nom : Tél. :

Nom : Tél. :

Frères et sœurs :

Nom(s) :	Prénom(s) :	Né-e(s) le :
----------	-------------	--------------

.....
-------	-------	-------

.....
-------	-------	-------

.....
-------	-------	-------

.....
-------	-------	-------

.....
-------	-------	-------

Bilan de santé (confidentiel)

Allergies ?

oui ☐

non ☐

Si oui préciser (type, allergène, traitement ?)

.....
.....

Existe-t-il un problème de santé qui devrait être connu de l'infirmier-e et du médecin scolaire?

Oui ☐ Non ☐

Si oui, lequel ?

.....
.....

Ce problème de santé nécessite-t-il une prise en charge particulière à l'école ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui, laquelle ?

.....
.....

Remarques du médecin, d'entente avec les parents :

.....
.....

Remarques des parents :

.....
.....

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de compléter ce document.

Signature de l'un des parents :