

Ministère de l'Education, de la Recherche et de la formation

Centres Psycho-médico-sociaux

Directrice: Madame Bénédicte Charlier

Centre PMS WBE de Virton

Rue Faubourg d'Arival, 39 - 6760 Virton

Tél.: 063/57.72.07

A rentrer au centre PMS via l'école pour le

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Allergique à (médicament) :

MESURES PREVENTIVES A PRENDRE EN CAS D'INFECTION A MENINGOCOQUE

Si un cas d'infection à méningocoques survient dans l'école de votre enfant, il est indispensable que l'équipe médicale du Centre PMS puisse prendre les mesures nécessaires afin de diminuer les risques d'infection. Dans une telle éventualité, il est prévu que le médecin scolaire se rende à l'école afin d'évaluer les précautions à prendre et à administrer, si nécessaire, un traitement préventif aux enfants.

Tout élève concerné n'ayant pas reçu ce traitement devra apporter la preuve qu'il est en ordre de prophylaxie. Dans le cas contraire, il sera évincé pendant une durée de 10 jours.

Pour pouvoir, **en cas de nécessité**, administrer un traitement préventif contre le méningocoque, le médecin scolaire doit disposer d'une autorisation, **signée par vous**, lui permettant d'administrer ce traitement à votre enfant. En conséquence, nous vous demandons de remplir (sans oublier de mettre une croix dans la case correspondante à votre décision), signer et remettre au directeur de l'école de votre enfant l'autorisation ci-annexée.

En cas de nécessité, le traitement préventif doit être donné à votre enfant, même s'il a été vacciné contre le méningocoque C.

Autorisation d'administrer un traitement préventif valable pour toute la scolarité.

Je soussignée,

Mère/père/responsable de

inscrit en (classe) le (date).....dans cette école:

Ecole fondamentale autonome WBE de ETALLE

Rue du Termezart , 16 - 6740 ETALLE

☐ **Autorise** le médecin scolaire à donner à mon enfant le traitement préventif contre le méningocoque C.

☐ **N'autorise pas** le médecin scolaire à donner à mon enfant le traitement préventif contre le méningocoque C et m'engage à le retirer de l'école le plus rapidement possible et à lui faire prescrire un traitement préventif approprié par un médecin de mon choix.

* *Cochez votre choix*

Numéros de téléphone d'urgence:

Le/...../20..... Signature

Papa : M.



Maman : Mme

