



## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Nom + Prénom élève : \_\_\_\_\_ Classe: \_\_\_\_\_

- **Dans le cas d'une urgence nucléaire survenant pendant les heures scolaires**, sur la recommandation du Ministère de la Santé Publique ou des Gouverneurs de Province  
J'autorise le personnel à administrer à mon enfant un comprimé d'iode en cas d'urgence nucléaire

Oui

Non

- **Dans le cas d'une urgence sanitaire qui concerne la méningite bactérienne**,
- J'autorise le médecin scolaire et l'équipe médicale à administrer à mon enfant le traitement prophylactique contre la méningite bactérienne si cela s'avérait nécessaire (Ciprofloxacine)
- Je n'autorise pas le médecin scolaire et l'équipe médicale à administrer à mon enfant le traitement prophylactique contre la méningite bactérienne et m'engage à
- venir chercher mon enfant le plus rapidement possible et lui faire prescrire un traitement approprié par le médecin traitant
  - fournir une attestation du médecin traitant signalant que le traitement a été administré et que l'élève peut revenir à l'école

Tout élève n'ayant pas reçu ce médicament devra être écarté de l'établissement scolaire pour une durée de 7 jours à partir du dernier contact à risque.

Vous trouverez toutes les informations sur l'iode en cas d'urgence nucléaire et la méningite bactérienne sur le site de l'école dans la rubrique « Service médical »

- **Dans le cas de tout autre problème de santé important chez votre enfant pour lequel une communication entre le médecin scolaire et le médecin traitant / spécialiste serait utile**, J'autorise le médecin scolaire à prendre contact avec le médecin traitant / spécialiste, dans le respect du secret médical

Oui

Non

Ce document est valable pour la durée de la scolarité de votre enfant au sein de notre établissement et sera conservé dans son dossier médical afin de préserver la confidentialité des informations.

Si vous souhaitez retirer votre consentement, il convient de nous le signaler par e-mail à l'adresse : [BRK-INFIRMARY@eursc.eu](mailto:BRK-INFIRMARY@eursc.eu)

Je soussigné (e) (Nom et Prénom) :

Date et signature :