

Infirmière scolaire

Catherine Bollini

Lutry 3 jours par semaine

- * **Lundi**
- * **Mardi**
- * **Jeudi**

Mes activités

- * entretiens avec les familles
- * vaccinations
- * dépistages
- * promotion de la santé
- * Intégration des enfants avec un problème de santé
- * situations diverses et imprévisibles (urgences, situations de détresse sociale, incidents critiques, atteintes à l'intégrité physique et psychique, ...)

Bilan de santé



DÉPARTEMENT DE LA FORMATION,
DE LA JEUNESSE ET DE LA CULTURE

Direction générale de l'enfance et de la jeunesse (DGEJ)

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

DÉPARTEMENT DE LA SANTÉ ET DE
L'ACTION SOCIALE

Direction générale de la santé (DGS)



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

Formulaire « Bilan de santé »

Formulaire « Bilan de santé »

Le présent formulaire est à remplir par les parents et par le médecin traitant. Il est à adresser à l'infirmier-e scolaire avec une copie du carnet de vaccination au moyen de l'enveloppe réponse. Ces documents feront partie du dossier de santé de l'enfant, destiné à l'usage exclusif du médecin et de l'infirmier-e scolaires.

Catherine Bollini
Infirmière scolaire
Etablissement primaire et secondaire de Lutry
Collège de La Croix
1090 La Croix (Lutry)
+41 79 159 07 92
Catherine.Bollini@avasad.ch

Examen médical (à remplir par le médecin) :

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Date de l'examen :

	Normal		Remarques
	Oui	Non	
Examen somatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Audition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acuité visuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision des couleurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Test de Lang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dvpt. psychomoteur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Langage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 :

.....
.....

En cas de besoin, l'infirmier-e ou le médecin scolaires peuvent prendre contact avec :

Personne de contact : Numéro de tél. :

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

Timbre et signature du médecin traitant :

Signature d'un des parents :
(ou de son/sa représentant-e légal-e)

coordonnées

- * Mail catherine.bollini@avasad.ch
- * 079/159 07 92
- * 021/566 11 35
- * Bureau au collège de La Croix