

DECLARATION DE MALADIES CONTAGIEUSES

A utiliser UNIQUEMENT dans le cas où votre enfant contracterait une maladie contagieuse à déclaration obligatoire.

A transmettre au médecin du C.P.M.S.

Rue de la Wade, 9 à 4600 Visé

☎ 04/379.33.22

✉ cpmscf.vise@sec.cfwb.be

Je soussigné, Docteur en médecine, déclare que :

Mademoiselle/Monsieur :

Domicilié(e) :

Elève de :(classe) en 20..... – 20..... à l’Athénée Royal de Visé – fondamental.

Est atteint de :

<input type="radio"/> Diphtérie *
<input type="radio"/> Méningococcies *
<input type="radio"/> Poliomyélite *

* Ces trois infections constituent une **urgence sanitaire** à communiquer dans les **24 heures** au service PSE : ☎ 04/379.33.22 et auprès du **médecin inspecteur d'hygiène** : ☎ 071/205.105.

<input type="radio"/> Gastro-entérites infectieuses <input type="radio"/> Infection à salmonella typhi <input type="radio"/> Autres germes entéropathogènes	<input type="radio"/> Oreillons
	<input type="radio"/> Rougeole
	<input type="radio"/> Rubéole
<input type="radio"/> Hépatite A	<input type="radio"/> Impétigo
<input type="radio"/> Scarlatine	<input type="radio"/> Gale
<input type="radio"/> Tuberculose	<input type="radio"/> Teignes du cuir chevelu
<input type="radio"/> Coqueluche	<input type="radio"/> Pédiculose
<input type="radio"/> Varicelle	

Cachet du Médecin

Date

Signature