

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 :

- Diphtérie \*
- Méningococcies \*
- 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="checkbox"/> Gastro-entérites infectieuses <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Infection à salmonella typhi</li> <li><input type="checkbox"/> Autres germes entéropathogènes</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Oreillons
<input type="checkbox"/> Hépatite A	<input type="checkbox"/> Rougeole
<input type="checkbox"/> Scarlatine	<input type="checkbox"/> Rubéole
<input type="checkbox"/> Tuberculose	<input type="checkbox"/> Impétigo
<input type="checkbox"/> Coqueluche	<input type="checkbox"/> Gale
<input type="checkbox"/> Varicelle	<input type="checkbox"/> Teignes du cuir chevelu
	<input type="checkbox"/> Péliculose

Cachet du Médecin

Date

Signature