



Rue des Carmes 22  
4000 Liège  
Tél : 04/223.47.16  
ecolesante@pse-cxf.be

Ecole fréquentée : .....

**DOCUMENT IMPORTANT A REMETTRE ET A CONSERVER A L'ECOLE**  
**Valable durant toute la durée de fréquentation dans cette école.**

**Autorisation d'administration du traitement préventif par antibiotique (1 dose de ciprofloxacine) en cas d'infection à méningocoques d'origine bactérienne<sup>1</sup>.**

**Je soussigné(e), ..... mère/père/responsable\* de :**

Nom Prénom de l'enfant : .....

Né(e) le : .....

Numéro(s) de téléphone ou de GSM pour vous joindre rapidement : .....

- Autorise le médecin scolaire à donner à mon enfant le traitement préventif s'il a été en contact avec une personne atteinte d'infection à méningocoques.
- N'autorise pas le médecin scolaire à donner à mon enfant le traitement préventif, m'engage à le retirer immédiatement de l'école et à consulter le médecin traitant pour l'administration du traitement préventif approprié. Une attestation est à fournir au retour à l'école.

**Remarque : ce traitement préventif est indépendant de toute vaccination antérieure contre la méningite.**

**En cas de refus du traitement ou si ce document n'est pas rentré à l'école, l'enfant sera évincé pendant 7 jours minimum.**

En vertu des articles 373 et 374 du Code civil, un parent est présumé, lorsqu'il agit seul, avoir reçu l'accord de l'autre parent pour prendre des décisions relatives, entre autres, à la santé de l'enfant. En vertu de ces dispositions, le service de promotion de la santé à l'école peut présumer, lorsqu'il reçoit une autorisation signée par un seul parent, que cette décision a été prise de commun accord par les parents.

**Date**

**Signature mère/père/responsable\***

**\* Biffer les mentions inutiles**

<sup>1</sup> Telle que prévue par l'arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 14 juillet 2011 relatif aux mesures de prévention des maladies transmissibles dans le milieu scolaire et étudiant (Annexe, A., 1.).