BULLETIN DE VISITE

B U V. G

Elève : .....

Classe : .....

Etablissement : .....

Circonscription (ou secteur) : .....

.....

Date de l'examen : .....

Observations du médecin scolaire :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Décision : .....

.....

.....

.....

, le .....

Cachet et signature du médecin scolaire

Observations et réponses du médecin consultant ou du médecin traitant

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

, le .....

Cachet et signature du médein consultant

N.B. : En l'absence de la réponse du médecin consultant, les parents doivent notifier par écrit les motifs de non-visite. Faute de quoi l'élève ne pourra être réadmis en classe.

, le .....

Visa des parents

N.B. — Ce bulletin de visite justifie que toutes les prestations qu'il prescrit sont dans le cadre de la mé ... scolaire et bénéficient de la gratuité totale. Il doit donc être systématiquement remis au bénéficiaire à chaque nouvelle orientation puis être retourn ... médecin scolaire.

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

MEDECINE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

B U V. G

Structure sanitaire : .....

Consultation de : .....

Docteur : .....

ORDONNANCE MEDICALE

N° .....

Elève : ..... **Ecole :** .....

N° d'inscription : .....

Cachet et signature du médecin

, le .....

N.B. — C'est sur cette ordonnance que doivent être prescrits les examen ... complémentaires nécessités par l'état de l'élève.