

RAPPORT DE VISITE MEDICALE 2026-2027

Document à faire compléter par le médecin traitant et à retourner à jdufourd@florimont.ch

Nom de l'élève : Prénom :

Date de naissance : Sexe M ☐ F ☐

Taille : Poids : BMI :

	Normal(e)	Remarques
Développement psychomoteur		
Langage		
Vision		
Audition		
Dentition		

Allergies (préciser) :

Cette allergie nécessite-t-elle un traitement d'urgence à l'infirmerie : oui* non

Asthme : ☐Non ☐Oui*

Migraines : ☐Non ☐Oui*

Maladie chronique (préciser) :

Traitement médicamenteux* en cours (préciser) :

.....

* L'ordonnance et le/s médicament/s sont à fournir à l'infirmerie dès la rentrée. Les parents doivent convenir d'un RV directement avec nos infirmières : infirmerie@florimont.ch / +41 22 879 00 33.

Suivi particulier à l'extérieur (préciser) :

.....

.....

Vaccin	Vacciné et à jour	Non-vacciné	Autre
Diphtérie, tétanos, coqueluche			
Poliomyélite			
Haemophilus influenzae			
Hépatite B			
Pneumocoques (PCV)			
Rotavirus			
Méningocoques B			
Méningocoques ACWY			
Rougeole-oreillons-rubéole			
Varicelle			
Virus du papillome humain (VPH)			
Virus respiratoire syncytial (VRS)			
Encéphalite à tiques			

Nom du médecin traitant :

Téléphone :

Date :

Timbre + signature du médecin traitant :

L'Institut Florimont garantit la confidentialité de toutes les informations reçues.