



ETAT DE FRIBOURG  
STAAT FREIBURG

Service du médecin cantonal SMC  
Kantonsarztamt KAA

Rte de Villars 101, 1752 Villars-sur-Glâne

T +41 026 305 79 80  
www.fr.ch/smc

## DECLARATION DE CONSENTEMENT DES PARENTS

MS 16 FD

En tant que détenteur/détentrice de l'autorité parentale, suite aux informations que nous avons reçues :

- Je souhaite que mon enfant soit vu par le médecin scolaire, pour le contrôle de 7-8H
- J'autorise la vaccination de mon enfant, dans le cadre de la médecine scolaire
- Je me rendrai chez mon médecin de famille/pédiatre pour effectuer le contrôle de 7-8H
- Je me rendrai chez mon médecin de famille/pédiatre pour effectuer les vaccinations nécessaires
- Je refuse la vaccination de mon enfant

Veillez cocher les cases qui correspondent aux vaccinations autorisées, en vous référant à celles proposées dans notre lettre, si nécessaire :

- Poliomyélite /diphtérie / tétanos / coqueluche (vaccin combiné)
- rougeole / oreillons / rubéole (vaccin combiné)

Contre-indications connues

- non
- oui, lesquelles : \_\_\_\_\_

**Toutes les vaccinations sont administrées par injection (parfois sous forme combinée)**

Ecole : \_\_\_\_\_

Classe : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Lieu et date : \_\_\_\_\_

Signature du représentant légal : \_\_\_\_\_



ETAT DE FRIBOURG  
STAAT FREIBURG

Service du médecin cantonal SMC  
Kantonsarztamt KAA

Rte de Villars 101, 1752 Villars-sur-Glâne

T +41 026 305 79 80  
www.fr.ch/smc

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG DER ELTERN

MS 16 FD

Als Inhaber/in der elterlichen Sorge erkläre ich infolge der erhaltenen Informationen:

- Ich möchte, dass die Untersuchung 7./8. H vom Schularzt durchgeführt wird
- Ich bin einverstanden, dass mein Kind im Rahmen der schulmedizinischen Betreuung geimpft wird.
- Ich werde die Untersuchung 7./8. H von unserem Hausarzt/Kinderarzt durchführen lassen.
- Ich werde die notwendigen Impfungen bei meinem Hausarzt/Kinderarzt durchführen lassen.
- Ich möchte nicht, dass mein Kind geimpft wird.

Bitte kreuzen Sie an, für welche Impfungen Sie gegebenenfalls Ihre Ermächtigung geben (s. a. Begleitschreiben):

- Kinderlähmung / Diphtherie / Starrkrampf / Keuchhusten (kombinierte Impfung)
- Masern / Mumps / Röteln (kombinierte Impfung)

Bekannte Gründe, die gegen eine Impfung sprechen:

- keine
- ja, nämlich: \_\_\_\_\_

**Alle Impfungen werden als Injektion durchgeführt (manchmal in kombinierter Form).**

Schule: \_\_\_\_\_

Klasse: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ort und Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift des/der gesetzlichen Vertreters/Vertreterin: \_\_\_\_\_