



Province de Luxembourg

Promotion de la Santé à l'École

Madame, Monsieur, Chers Parents,

La méningite chez l'enfant est une maladie grave. Elle se transmet par les contacts rapprochés, notamment à l'école. La maladie peut être causée par des virus ou des bactéries, dont le méningocoque, le plus dangereux.

Pour éviter la contagion, un traitement préventif doit être donné aux proches du malade. Pour être efficace, ce traitement doit être pris dans les 24 heures du signalement.

On peut être vacciné contre certaines formes de méningite (Méningite C, Pneumocoque, Haemophilus) mais pas toutes. C'est pourquoi, être vacciné ne dispense pas du traitement préventif en cas de nécessité, car le germe responsable est connu après 48 heures.

Si une méningite survient dans la classe de votre enfant, nous vous proposons de lui administrer ce traitement préventif à l'école, le jour même et gratuitement. Il s'agit d'un comprimé ou d'une cuillerée de sirop antibiotique (Cyproxine).

Nous vous demandons simplement de marquer votre accord en complétant le talon ci-dessous. Si vous refusez cette procédure et si un cas de méningite devait se présenter, vous devrez contacter votre médecin traitant afin qu'il prescrive à votre enfant le même traitement préventif.

En vous remerciant de votre collaboration, nous vous prions de croire, Chers Parents, à notre meilleure attention.

Dr. M.- L. BERNIER  
Médecin Coordinateur

✂ -----

**AUTORISATION D'ADMINISTRER UN TRAITEMENT PREVENTIF**  
**VALABLE POUR L'ENSEMBLE DE LA SCOLARITE**

Je soussigné(e) : .....père, mère, responsable légal de  
NOM : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ..... **N° National :** .....  
Nationalité : ..... Ecole : ..... Classe : .....  
Dernière école fréquentée : .....

- Autorise** le médecin scolaire à donner à mon enfant, le traitement préventif contre le méningocoque en cas de nécessité. Je conserve le droit de révoquer la présente autorisation à tout moment.
- N'autorise pas** le médecin scolaire à donner à mon enfant le traitement préventif mais je m'engage à consulter mon médecin traitant dans les 24 heures afin de lui faire prescrire le traitement.

Date : .....  
N° téléphone : .....  
GSM : .....

Signature :

