

Prise d'iode

A remplir par les parents et à rentrer au titulaire de classe.

Nom : -----

Prénom : -----

Classe : -----

Date de naissance : -----

Poids de l'enfant : -----

Adresse : -----

Numéros (Tél/GSM) : -----

Signature Parents :

Date : le -----

A remplir par le médecin traitant.

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que -----

(non et prénom de l'enfant)

présente

une contre-indication médicale à la prise de comprimés d'iode.

ne présente pas

Date : le -----

Signature et cachet du médecin.