

QUESTIONNAIRE MEDICAL à remplir par les parents

Formulaire à renseigner par les responsables légaux des élèves mineurs en début de formation

A remettre au médecin le jour de la visite médicale

Votre (fils) (fille) va intégrer un cycle de formation professionnelle l'amenant à effectuer des travaux réglementés par le code du travail pour les jeunes âgés de 15 ans au moins et de moins de 18 ans.

Conformément à la réglementation (décrets n°2013-914 et 915 du 11 octobre 2013 relatifs à la procédure de dérogation prévue à l'article L.4153-9 du code du travail), une visite médicale annuelle est indispensable pour autoriser l'élève mineur à travailler en atelier dans l'établissement et en stage.

A cet effet, il vous est demandé de remplir le questionnaire ci-dessous destiné au médecin en charge d'examiner votre enfant.

Vos réponses sont strictement confidentielles, soumises au secret médical.

Vous mettrez ce document complet sous enveloppe cachetée à l'attention du Médecin de l'Education Nationale, à remettre à l'infirmière

RENSEIGNEMENTS SUR L'ELEVE

NOM : PRENOM : CLASSE :
.....

Date de naissance :

Adresse :
.....

N° de téléphone :
.....

Nom et coordonnées du médecin traitant :
.....

A-t-il déjà eu

- | | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|----------------------|
| De l'asthme | ☐ Oui | ☐ Non | Si oui préciser..... |
| Des allergies | ☐ Oui | ☐ Non | Si oui préciser..... |
| De l'eczéma | ☐ Oui | ☐ Non | Si oui préciser..... |
| Du diabète | ☐ Oui | ☐ Non | Si oui préciser..... |
|
Des crises d'épilepsie ou des convulsions | ☐ Oui | ☐ Non | Si oui préciser..... |
| Des vertiges | ☐ Oui | ☐ Non | Si oui préciser..... |
| Des pertes de connaissances | ☐ Oui | ☐ Non | Si oui préciser..... |
| Des malaises | ☐ Oui | ☐ Non | Si oui préciser..... |
| Des tremblements, de la maladresse | ☐ Oui | ☐ Non | Si oui préciser..... |
|
Des problèmes de dos , articulations | ☐ Oui | ☐ Non | Si oui préciser..... |
| Des otites à répétitions | ☐ Oui | ☐ Non | Si oui préciser..... |
|
Un accident grave | ☐ Oui | ☐ Non | Si oui préciser..... |
| Une opération | ☐ Oui | ☐ Non | Si oui préciser..... |
| Eu des fractures | ☐ Oui | ☐ Non | Si oui préciser..... |
|
Porte ou devrait porter des lunettes | ☐ Oui | ☐ Non | Si oui préciser..... |
| une anomalie de la vision des couleurs (daltonisme) | ☐ Oui | ☐ Non | Si oui préciser..... |
| Problèmes d'audition | ☐ Oui | ☐ Non | Si oui préciser..... |

- Actuellement, votre enfant a-t-il des problèmes de santé?

- Est-il suivi par un médecin, un psychologue, un psychiatre?

- Suit-il un traitement ? ☐ Oui ☐ Non
Précisez. :.....
.....
.....
- Avez-vous autre chose à signaler ?
.....
.....
.....

Nous vous demandons de confier à votre enfant son carnet de santé, carnet de vaccinations et copie de tous documents utiles en votre possession.

Si vous le souhaitez, vous pouvez accompagner votre enfant lors de la visite médicale.

INFORMATION IMPORTANTE

La consommation de produits psycho actifs (alcool, cannabis, autres drogues) et de certains médicaments peut avoir des conséquences sur les travaux règlementés ou lors de la conduite d'engins.

Elle peut entraîner une inaptitude à la poursuite de la formation professionnelle dispensée pendant le temps nécessaire.

Je déclare avoir pris connaissance de l'information ci-dessus.

Pour les élèves ayant déjà été en atelier et/ou en stage :

« Avez-vous rencontré des difficultés en lien avec votre santé depuis la dernière visite médicale ? »

Si oui lesquels :

SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL :

Ce document est à remettre au professeur principal le jour de la rentrée, sous enveloppe fermée avec la mention « confidentiel, pour le médecin scolaire ».