

- A-t-il été hospitalisé, victime d'un accident ? Si oui précisez :

.....
.....

- A-t-il eu une perte de connaissance, un traumatisme crânien ? Si oui, précisez :

.....
.....

Suivi actuel :

- A-t-il un suivi psychologique, si oui, précisez :

.....
.....

- A-t-il un suivi médical, si oui, précisez :

.....
.....

- A-t-il un traitement médical, si oui, précisez :

.....
.....

- Autres suivis :

.....
.....

Nous vous demandons de confier à votre enfant son carnet de santé, ses lunettes s'il en porte et copie de tous documents utiles en votre possession (copie de comptes rendus récents de radiographie, d'examen biologique, rapports médicaux, etc...)

INFORMATION IMPORTANTE :

La consommation de produits psycho actifs (alcool, cannabis, autres drogues) et de certains médicaments peut avoir des conséquences en cas d'utilisation de machines ou de conduites 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

A..... le.....

Signature de l'élève :

Signatures des parents :

JOINDRE UNE PHOTOCOPIE DES PAGES DE VACCINATION

Questionnaire obligatoire à remettre au médecin le jour de la visite