

Questionnaire médical à remplir par les parents

Votre enfant, dans le cadre de sa formation professionnelle, va effectuer des travaux réglementés. Une autorisation de l'inspection du travail est nécessaire (circulaire interministérielle n° 11 du 23 octobre 2013) pour les élèves de 15 à 18 ans.

Une visite médicale par le médecin de l'éducation nationale est obligatoire.

Le questionnaire ci-dessous est destiné au médecin en charge d'examiner votre enfant.

Le remettre sous pli cacheté à l'attention du médecin ou de l'infirmière de l'éducation nationale

Nom et prénom de l'élève :

Classe :

Né(e) le :

Téléphone (s) :

1. Maladies présentées antérieurement par votre enfant :

- A-t-il déjà fait des convulsions ou des crises d'épilepsie? oui non

Si oui, à quel âge ?

- A-t-il eu d'autres maladies ? oui non

Si oui, précisez :

- A-t-il eu des accidents ? oui non

Si oui précisez :

- A-t-il été opéré ? ? oui non

Si oui précisez :

2. Etat de santé actuel ; actuellement présente-t-il :

- De l'asthme ? oui non

- De l'eczéma, de l'urticaire, une allergie ? oui non

Si oui précisez :

- Des malaises ou des pertes de connaissance ? oui non

Si oui précisez :

- Des problèmes de dos ou d'articulation ? oui non

Si oui précisez :

Est-il suivi par :

➤ un médecin spécialiste ?

oui non

Si oui précisez :

➤ un psychologue, un psychiatre ?

oui non

➤ un autre professionnel de santé ?

oui non

Si oui précisez :

Suit-il un traitement médicamenteux ?

oui non

Si oui précisez :

Avez-vous d'autres points à signaler ?

.....

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

3. Vaccinations :

Il est rappelé que l'aptitude aux travaux réglementés est conditionnée par une situation vaccinale à jour au regard des obligations prévues par la Loi.

4. Information importante :

La consommation de produits psycho actifs (alcool, cannabis, autres drogues) et de certains médicaments peut avoir des conséquences importantes et 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 :

Signature des parents :