

### 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 :