

## QUESTIONNAIRE MEDICAL

Formulaire à renseigner par **les responsables légaux des élèves mineurs.**  
**Année scolaire 2019 – 2020.**

### A remettre sous enveloppe cachetée à l'établissement

(A l'attention du médecin de l'établissement).

Votre (fils) (fille) va suivre 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.

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.**

#### RENSEIGNEMENTS SUR L'ELEVE

NOM : ..... PRENOM : ..... CLASSE : .....

Date de naissance : .....

Adresse du père : .....

N° de téléphone du père : .....

Adresse de la mère : .....

N° de téléphone de la mère : .....

Nom du médecin traitant : .....

Coordonnées du médecin traitant : .....

#### MADADIES PRESENTEES ANTERIEUREMENT PAR VOTRE ENFANT

A-t-il déjà fait des convulsions ? OUI NON si oui, à quel âge ? .....

A-t-il eu d'autres maladies neurologiques ? OUI NON s'agissait-il d'une méningite ? OUI NON

A-t-il eu des maladies respiratoires ou allergiques ? OUI NON Précisez : .....

.....

A-t-il eu des otites à répétition ? OUI NON

A-t-il eu des problèmes de hanches ou de dos ? OUI NON

Autres maladies importantes : .....

.....

A-t-il eu des accidents ? OUI NON Précisez : .....

.....

A-t-il été hospitalisé, ou opéré ? OUI NON Précisez : .....

.....

.....

### ETAT DE SANTE ACTUEL DE VOTRE ENFANT

En ce qui concerne **les vaccinations**, il est rappelé que **l'autorisation de travail sur les machines dangereuses** est conditionnée par **une situation vaccinale à jour (joindre une photocopie des vaccins)** au regard des obligations prévues par la loi.

A-t-il souvent des rhumes, sinusites, angines, bronchites, otites ? OUI NON

Actuellement présente-t-il d'autres troubles ? Précisez.....

Est-il souvent absent ? OUI NON

Est-il suivi par un médecin, un psychologue, un psychiatre ? : OUI NON

Suit-il un traitement ? OUI NON Précisez :.....

Votre enfant est-il intéressé par un métier ? : OUI NON Précisez :.....

Avez-vous d'autres informations à nous communiquer :.....

Pour les élèves en poursuite de scolarité :

- Depuis la dernière visite médicale, votre enfant a-t-il eu des problèmes de santé ? Si oui, précisez lesquels :.....

.....

- A-t-il eu un accident ? Précisez :.....

- A-t-il été hospitalisé ? OUI NON Motif :.....

.....

Le jour de la visite médicale nous vous demandons de confier à votre enfant **son carnet de santé, carnet de vaccinations et copie de tous document utiles en votre possession (compte-rendu récents de radiographie, d'examen biologique, rapports médicaux, etc....)**

Si vous le souhaitez, le médecin de l'éducation nationale peut vous recevoir sur rendez-vous. Prenez contact à cet effet avec l'infirmier de l'établissement scolaire.

### INFORMATION IMPORTANTE

**La consommation de produits psycho actifs (alcool, cannabis, autres drogues) et de certains médicaments peut avoir des conséquences sur les travaux réglementés ou lors de la 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'ELEVE :**

**SIGNATURE DES PARENTS**