

**QUESTIONNAIRE MEDICAL A REMPLIR PAR LES PARENTS
DONT L'ENFANT RENTRE DANS L'UNE DES FORMATIONS SUIVANTES :**

CAP APR ou ATMFC ou MF et BAC PRO MELEC ou MEI ou MVP ou MVTR ou TCB ou TMSEC ou TU

Formulaire à renseigner par les responsables légaux des élèves mineurs
et à renvoyer sous pli cacheté avec la fiche de renseignements infirmiers

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 L4153-9 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.

RENSEIGNEMENTS SUR L'ELEVE

Nom : Prénom : Classe :

Date de naissance :

Adresse :

CP Ville

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
Des crises d'épilepsie ou des convulsions	☐ Oui ☐ Non	Si OUI, préciser
Des problèmes de dos , articulations	☐ Oui ☐ Non	Si OUI, préciser
Des vertiges	☐ Oui ☐ Non	Si OUI, préciser
Des pertes de connaissance	☐ Oui ☐ Non	Si OUI, préciser
Des malaises	☐ Oui ☐ Non	Si OUI, préciser
Du diabète	☐ Oui ☐ Non	Si OUI, préciser
Des tremblements	☐ Oui ☐ Non	Si OUI, préciser
Des otites à répétition	☐ Oui ☐ Non	Si OUI, préciser
Un accident grave	☐ Oui ☐ Non	Si OUI, préciser
Une opération	☐ Oui ☐ Non	Si OUI, préciser
Des fractures	☐ Oui ☐ Non	Si OUI, préciser
Des problèmes d'audition	☐ 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

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

☐ Oui

☐ Non

Précisez :

.....

.....

.....

.....

.....

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

☐ Oui

☐ Non

Précisez :

Suit-il un traitement ?

☐ Oui

☐ Non

Précisez :

Avez-vous autre chose à signaler ?

.....

.....

Pour les élèves de première et de terminale qui ont déjà fait des stages et du travail en atelier

Votre enfant a-t-il rencontré des difficultés particulières sur le plan médical ?

☐ Oui

☐ Non

Si OUI, lesquelles ?

.....

.....

.....

.....

Nous vous demandons, le jour de la visite médicale, de confier à votre enfant son carnet de santé, son carnet de vaccinations ainsi que tous documents utiles en votre possession.

Si vous le souhaitez, vous pourrez accompagner votre enfant lors de cette 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 (cocher la case).

Signature de l'élève

Signature des parents