

**Questionnaire médical à remplir par les parents**

Formulaire à renseigner par les responsables légaux des élèves mineurs en début de formation

Madame, Monsieur,

Votre enfant, dans le cadre de sa formation professionnelle, devra avoir accès à des travaux réglementés. Certains travaux sont interdits aux mineurs mais peuvent faire l'objet, entre 15 et 18 ans, d'une dérogation après avis, obligatoire, du médecin de l'éducation nationale (Article L 4153-9 et R 4153-45 du code du travail) A cet effet, il vous est demandé de remplir le questionnaire ci-dessous **destiné au médecin de l'éducation nationale en charge d'examiner votre enfant.**

**Vos réponses sont strictement confidentielles et soumises au secret médical.**

Afin de garder la confidentialité, vous remettrez à l'infirmière de l'établissement scolaire, ce document complété, **sous enveloppe cachetée**, libellée à l'attention du médecin de l'éducation nationale.

Le médecin de l'Education Nationale

Nom et prénom de l'élève.....né(e) le.....Classe.....

Adresse.....

Téléphone où l'on peut vous joindre dans la journée .....

Nom et coordonnées du médecin traitant.....

Profession du Père .....Est-il en bonne santé : oui  non  Précisez : .....

Profession de la mère : .....Est-elle en bonne santé : oui  non  Précisez : .....

**1. Maladies présentées antérieurement par votre enfant**

	<u>Oui</u>	<u>Non</u>	<u>Précisez</u>
A-t-il déjà fait des convulsions ?			
A-t-il eu d'autres maladies neurologiques ?			
A-t-il eu des maladies respiratoires			
A-t-il eu de l'asthme, des allergies			
A-t-il eu des problèmes osseux ou articulaires ?			
A-t-il eu d'autres maladies importantes			
A-t-il eu des accidents ?			
A-t-il été hospitalisé ou/et opéré ?			

**2. Vaccinations :**

Les vaccinations obligatoires prévues par la loi doivent être à jour.

**3. État de santé actuel de votre enfant :**

## Suite questionnaire médical (à compléter)

- A-t-il un dossier MDPH ? (Maison départementale des personnes handicapées) oui  non
- Motif : .....
- A-t-il souvent des rhumes, sinusites, angines, bronchites, otites ? Oui  non
- Actuellement présente-t-il d'autres troubles ? (Cochez et précisez)
- Asthme.....
  - Eczéma, urticaire.....
  - Allergie.....
  - Pertes de connaissance, malaises.....
  - Problèmes de dos ou d'articulations.....
  - Maux de tête.....
  - Problème de vue, porte-il des lunettes ? .....
  - Problème d'audition, surdité.....
- Est-il souvent absent ? Oui  non  : Motif : .....
- Est-il suivi par :  Un médecin ? Précisez : .....
- Un psychologue ? Précisez.....
  - Un psychiatre ? Précisez : .....
  - Un orthophoniste ? précisez : .....
  - Autre : Précisez.....
- Suit-il un traitement ? Oui  non  Si oui lequel et pourquoi ?.....
- .....
- Votre enfant se plaît-il dans la formation choisie : oui  non
- Avez-vous autre chose à signaler ? (concernant la santé, le comportement, le caractère, la vie familiale...) :.....

**Nous vous demandons de confier à votre enfant, le jour de la visite médicale, son carnet de santé et de vaccinations et copie de tous les documents utiles en votre possession** (comptes rendus récents de radiographies, d'exams biologiques, rapports médicaux, etc.)

### 4. 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 dangereuses ou de conduite d'engins. Elle peut entraîner une inaptitude à la poursuite de la formation professionnelle dispensée, pendant le temps nécessaire.

Je déclare que toutes les informations portées sur ce questionnaire sont exactes, avoir bien pris connaissance de l'information importante ci-dessus et je m'engage à porter à la connaissance du médecin de l'éducation nationale tout changement survenu pendant la période de formation.

Fait à : .....

Le :

Signature des parents

Signature de l'élève