



Toutes pathologies ou maladies, accidents qui vous semblent importantes à nous communiquer :

.....

**Suivi actuel :**

A-t-il un suivi psychologique oui non

Précisez.....

.....

A-t-il un suivi médical oui non

Précisez.....

.....

A-t-il un traitement médical oui non

Précisez.....

.....

Autres suivis oui non

Précisez.....

.....

Hospitalisation non oui : quand

Précisez la raison :.....

**Nous vous demandons de confier à votre enfant son carnet de santé, ses lunettes s'il en porte et copie de tous documents utiles en votre possession (copie de compte-rendu récents de radiographie, d'examen biologique, rapports médicaux, etc...)**

**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 ou de 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'élève

Signatures des parents

**A remettre sous pli cacheté pour le service de santé de l'établissement scolaire.**



RÉGION ACADÉMIQUE  
AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

MINISTÈRE  
DE L'ÉDUCATION NATIONALE  
ET DE LA JEUNESSE

MINISTÈRE  
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,  
DE LA RECHERCHE  
ET DE L'INNOVATION

