

**Années scolaire 20..../20....**

**Service Médical en faveur des élèves**

Nom du médecin de l'éducation nationale :

Etablissement scolaire :

**Questionnaire médical à remplir par les responsables légaux**

Votre enfant, dans le cadre de sa formation professionnelle, aura à effectuer des travaux dits « réglementés » (utilisation de machines dangereuses, utilisation de produits dangereux...)
   
 Etant mineur, il doit obtenir une dérogation pour ces travaux qui sont normalement interdits aux jeunes de moins de 18 ans (articles L.4153-9, D.4153-37 du code du travail). L'avis d'aptitude du médecin de l'éducation nationale est obligatoire.
   
 A cet effet, il vous est demandé de remplir le questionnaire ci-dessous, destiné aux professionnels de santé en charge d'examiner votre enfant. **Vos réponses sont strictement confidentielles, soumises au secret médical.**

Vous mettez ce document complété **sous enveloppe cachetée** en précisant : questionnaire médical + le nom de votre enfant afin que cette enveloppe soit remise à l'infirmier-ère ou au directeur délégué aux formations professionnelles ou technologiques (DDFPT).

Nom et prénom de l'élève : ..... Classe : .....

Né(e) le : .....

Adresse : .....

Téléphones(s) : .....

Prénom et année de naissance des frères et sœurs : .....

.....

.....

**1- ANTECEDENTS FAMILIAUX : Dans votre famille, y a-t-il quelqu'un qui présente ou a présenté les affections suivantes ?**

	OUI	NON	QUI
Allergie			
Asthme			
Diabète			
Eczéma			
Epilepsie			
Pathologie cardiaque héréditaire			
Surdité			
Vision perturbée			
Vision des couleurs perturbée			
Autres (à préciser)			

Nom et coordonnées du médecin traitant : .....

.....

.....

Nom et coordonnées du ou des spécialistes : .....

.....

.....

## 2- ANTECEDENTS PERSONNELS DE L'ELEVE

	NON	OUI Depuis quelle année
Allergie		
Asthme		
Convulsions		
Diabète		
Eczéma		
Epilepsie		
Interventions chirurgicales		
Perte de connaissance		
Port de lunettes, lentilles		
Problèmes auditifs		
Problèmes de dos ou articulaires		
Traumatisme crânien		
Prend-t-il des médicaments actuellement		Lesquels :
Autres (à préciser)		

Depuis la dernière visite médicale scolaire :

➤ A-t-il été hospitalisé ? OUI NON

Quand ? .....

Pourquoi ? .....

Combien de temps ? .....

➤ A-t-il été opéré ? OUI NON

Quand ? .....

Pourquoi ? .....

➤ A-t-il eu un accident ? OUI NON

Par la suite, y a-t-il eu des complications ? OUI NON

## 3- VACCINATIONS :

Il est rappelé que l'autorisation de travail sur machines dangereuse 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 en cas d'utilisation de machines dangereuses 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

Signature des responsables légaux