

SERVICE MEDICAL EN FAVEUR DES ELEVES

Nom du médecin de l'Education Nationale : D.Thorel

Etablissement scolaire : Lycée Edouard Branly

**Questionnaire médical à remplir par les parents
(à remettre au médecin le jour de la visite médicale)**

Votre enfant, dans le cadre de sa formation professionnelle, aura à travailler sur des machines dangereuses ou à utiliser des produits dangereux.

Etant mineur, il doit obtenir une autorisation de l'inspection du travail pour ces travaux qui sont normalement interdits aux jeunes de moins de 18 ans (article R 234-22 du code du travail). L'avis du médecin de l'éducation nationale est obligatoire.

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 et n° de téléphone :

Le père est-il en bonne santé ? :

OUI ☐ NON ☐

Profession :

La mère est-elle en bonne santé ? :

OUI ☐ NON ☐

Profession :

Nombre de frères et sœurs :

Nom et coordonnées du médecin traitant :

MALADIES 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 hanche ou de dos ? :

OUI ☐ NON ☐

Autres maladies importantes :

A-t-il eu des accidents ? :

OUI ☐ NON ☐

Précisez :

A-t-il été hospitalisé, voire 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 machines dangereuses est conditionnée par une situation vaccinale à jour 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 ? (asthme, eczéma, allergie, urticaire, pertes de connaissance, malaises, problèmes de dos ou d'articulations, maux de tête, problèmes de vue ou de fatigue oculaire), veuillez préciser :

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 autre chose à signaler ? (par ex : caractère, comportement, vie familiale...) :

Nous vous demandons de confier à votre enfant son carnet de santé et copie de tous documents utiles en votre possession (comptes-rendus 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'infirmerie de l'établissement scolaire.

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'ELEVE :

SIGNATURE DES PARENTS :