

Questionnaire santé - à remplir par un représentant légal

page 2 : **Signatures** représentant légal **ET** élève

Service de promotion
de la santé
en faveur des élèves

Votre enfant est inscrit dans une filière professionnelle. Une partie de sa formation se déroule en atelier et en stage. Il aura à utiliser des machines dont l'usage est réglementé par le Code du travail - art. L.4153-8, L.4153-9, D.4153-15 et suivants.

Etant mineur, il doit obtenir une dérogation pour accomplir l'ensemble des travaux liés à sa formation.

L'avis du médecin de l'éducation nationale est indispensable pour que cette autorisation soit délivrée par l'inspecteur du travail. A cet effet, il vous est demandé de remplir le questionnaire ci-dessous destiné au médecin.

Vous pouvez joindre la photocopie de tout document -para/médical- vous paraissant utile à porter à la connaissance du médecin. Vos réponses sont strictement confidentielles, soumises au secret médical.

Vous voudrez bien mettre cette fiche et le/s document/s pouvant l'accompagner dans une enveloppe fermée libellée à l'attention du médecin de l'éducation nationale, et la confier :

à l'infirmière du Lycée pro au Professeur Principal.

Dr Sophie TRANCHAND
Dr Thomas VERRIERE
Médecins Education Nationale

Nom et prénom de l'élève : Né(e) le :/...../.....

Classe en 2024/2025:

Sera-t-il/elle demi/e pensionnaire ? NON OUI

Sera-t-il/elle interne ? NON OUI

Si « NON », l'élève vivra t-il/elle ? seul/e chez ses parents

Autre hébergement à préciser.....

Catherine TOYE
Secrétaire du Centre Médico
Scolaire

Représentant légal de l'élève:

Identité : Lien avec l'élève

Tél : Mail :

Tel : 04 92 51 73 41
Mail : cms1@ac-aix-marseille.fr

1. Questionnaire médical

→ Y a-t-il des problèmes de santé dans la famille ? NON OUI

Si OUI, précisez : qui ? quelle pathologie ?

.....

VOTRE ENFANT,

→ a-t-il été hospitalisé ? opéré ? NON OUI

Si OUI, précisez :

.....

→ a-t-il déjà eu des pertes de connaissance? des malaises ? NON OUI

Si OUI, à quelle fréquence ?

.....

→ a-t-il déjà fait des convulsions/épilepsie ? NON OUI

Si OUI, à quel âge ?

.....

→ a-t-il des allergies ? de l'asthme ? NON OUI

Si OUI, précisez :

.....

→ a-t-il des problèmes de vue ? une correction visuelle ? NON OUI

Si OUI, précisez :

.....

→ a-t-il des soucis auditifs : des drains ? des otites à répétition ? NON OUI

.....

→ a-t-il des problèmes de dos ? d'articulation ? NON OUI

.....

→ est-il atteint d'une maladie chronique ? NON OUI

Diabète, rhumatisme, maux de tête, eczéma, urticaire, autre ?

Si OUI, précisez :

.....

Centre Médico Scolaire
21D, Rue des Jardins
Parking de Bonne
05000 GAP

→ autres maladies importantes à nous signaler :

.....

→ suit-il un traitement ? NON OUI

Si OUI, précisez lequel :

.....

→ a-t-il eu un accident ? NON OUI - a-t-il des séquelles ? NON OUI

Si OUI, précisez :

.....

→ votre enfant est-il suivi par un médecin spécialiste ? NON OUI

un psychologue ? NON OUI un psychiatre ? NON OUI

un orthophoniste ? NON OUI

Précisez son nom, ses coordonnées. Joindre une copie du bilan médical.

.....

un autre spécialiste ? précisez sa spécialité, son nom, ses coordonnées. Joindre une copie du bilan médical.

.....

Dans tous les cas, précisez le nom et coordonnées du médecin traitant :

.....

2. 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. La copie du carnet de vaccinations doit être remise à l'établissement.

3. 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, de conduite d'engins et, plus généralement, de la pratique de tous travaux dangereux.

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...../...../2024

Signature de l'élève :

Signature du représentant légal :

M/Mme.....

4. Divers :

→ votre enfant est-il intéressé par un métier ? NON OUI

Si OUI, précisez :

→ avez-vous autre chose à signaler ? : (par exemple : caractère, comportement, vie familiale,...)

.....

.....

Le jour de la visite médicale, 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'infirmier/mière de l'établissement scolaire.