**Service médical en faveur des élèves**

**Questionnaire médical à remplir par les parents**

**Uniquement pour les élèves inscrits en 2 PSR, T PSR, 2 MMV, 1 MMV, T MMV, 2 MMVF, T MMVF**

Votre enfant, dans le cadre de sa formation professionnelle, **aura à effectuer des travaux dits « règlementés » (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.4153-15 à D04153-37 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 au médecin en charge d’examiner votre enfant.

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

Vous mettrez ce document complet sous enveloppe cachetée libellée à l’attention du médecin de l’éducation nationale, afin qu’elle soit remise à l’infirmière de l’établissement scolaire.

Nom et prénom de l’élève ---------------------------------------------------------- Classe --------------------------------------------------------

Né.(e) le ------------------------------------

Adresse ------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Téléphone (s) ------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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 --------------------------------------------------------------------------

1. **Maladies présentées antérieurement 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 fait 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 ----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1. **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.

1. **Etat de santé actuel de votre enfant**

A-t-il souvent des rhumes, sinusites, angines, bronchites, otites ? Oui [ ] Non [ ]

Actuellement, présente-t-il d’autres troubles ? (Soulignez, précisez)

* Asthmes

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

* Eczéma, allergie, urticaire

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

* Pertes de connaissance, malaises

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

* Problèmes de dos ou d’articulations

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

* Maux de tête

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

* Problèmes de vue ou de fatigue oculaire

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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 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 les documents utiles en votre possession** (comptes rendus récents de radiographie, d’examen biologique, rapports médicaux etc.)

Si vous le souhaitez, un médecin de l’éducation nationale peut vous recevoir sur rendez-vous. Prenez contact à cet effet avec le secrétariat ou l’infirmerie de l’établissement scolaire.

1. **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 parents**