



NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

ETABLISSEMENT :

CLASSE :

Merci de joindre à ce questionnaire la photocopie des documents attestant des vaccinations à jour

CONFIDENTIEL

Questionnaire Médical

Votre enfant, dans le cadre de sa formation professionnelle, aura à utiliser des machines, appareils et produits dont l'usage est normalement interdit aux jeunes de moins de 18 ans.

Etant mineur, il doit obtenir une autorisation de l'inspection du travail pour ces travaux. 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.

Vous mettrez ce document complété sous enveloppe cachetée libellée à l'attention du médecin de l'éducation nationale, afin qu'il soit remis à l'infirmerie de l'établissement scolaire ou à la personne désignée.

ANTECEDENTS MEDICAUX ET SITUATION PERSONNELLE DE
VOTRE ENFANT

Veuillez cocher la case correspondante.

	NON	OUI Depuis quand ?	Est-il toujours en traitement
Epilepsie et/ou Convulsions			
Diabète			
Problèmes cardiaques			
Perte de connaissance			
Asthme			
Problèmes auditifs			
Problèmes de dos et/ou d'articulations			
		Préciser la cause	Traitement ?
Allergie			
Eczéma			
		Acuité visuelle	corrigée
Port de lunettes			
Port de lentilles			
Mauvaise vision des couleurs			

Votre enfant

A-t-il été hospitalisé

OUI ☐

NON ☐

Quand ? _____

Pourquoi ? _____

A-t-il été opéré ?

OUI ☐

NON ☐

Quand ? _____

Pourquoi ? _____

A-t-il eu un accident dans l'année en cours ?

OUI ☐

NON ☐

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

OUI ☐

NON ☐

Votre enfant est-il suivi par un médecin psychiatre ou un psychologue ?

OUI ☐

NON ☐

Votre enfant est-il dispensé d'E.P.S ?

OUI ☐

NON ☐

Le médecin de l'éducation nationale a vu votre enfant au lycée l'an dernier.

A-t-il demandé un avis médical ?

OUI ☐

NON ☐

Si OUI, avez-vous vu votre médecin ?

OUI ☐

NON ☐

Prend-il des médicaments ?

OUI

☐

NON

☐

Lesquels ? _____

Avez-vous autre chose à signaler ?

Nom du médecin traitant et numéro de téléphone :

Adresse des parents :

Téléphone des parents :

Mère

Père

Domicile :

Domicile :

Travail :

Travail :

Portable :

Portable :

INFORMATIONS IMPORTANTES :

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 et de conduites d'engins. Elle peut entraîner une inaptitude à la poursuite de la formation professionnelle dispensée, pendant le temps nécessaire. Tout avis d'aptitude est délivré sous réserve de l'exactitude des renseignements médicaux transmis au médecin scolaire dans leur intégralité.

A : _____

Le : _____

Signature des parents :