

SERVICE MEDICAL EN FAVEUR DES ELEVES

Nom du médecin de l'éducation nationale :

Etablissement scolaire :

QUESTIONNAIRE MEDICAL A REMPLIR PAR LES PARENTS

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

Etant mineurs, 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.**

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 (ou, à défaut, au professeur principal).

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

Né(e) le : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Le père est-il en bonne santé ? OUI  NON  Profession : .....

La mère est-elle en bonne santé ? OUI  NON  Profession : .....

Nombres de frères et sœurs : .....

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

**1. Maladies présentées antérieurement par votre enfant :**

→ A-t-il fait des convulsions ? NON  OUI  Si oui, à quel âge ? .....

→ A-t-il eu d'autres maladies neurologiques ? NON  OUI

S'agissait-il d'une méningite ?

OUI  NON

→ A-t-il eu d'autres maladies respiratoires ou allergiques ? NON  OUI

Précisez : .....

→ A-t-il eu des otites à répétition ? NON  OUI

→ A-t-il eu des problèmes de hanche ou de dos ? NON  OUI

→ D'autres maladies importantes ? .....

→ A-t-il eu des accidents ? NON  OUI  Précisez : .....

→ A-t-il été hospitalisé, opéré, ... ? NON  OUI  Précisez : .....

## **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.

Date du dernier rappel du vaccin antitétanique : .....

## **3. Etat de santé actuel de votre enfant :**

→ A-t-il souvent des rhumes, sinusites, angines, bronchites, otites ? NON  OUI

→ Actuellement présente-t-il d'autres troubles ? (Soulignez et précisez)

• Asthme : .....

• Eczéma, allergie, urticaire : .....

• Pertes de connaissance, malaises : .....

• Problèmes de dos ou d'articulation : .....

• Maux de tête : .....

• Problèmes de vue ou fatigue oculaire : .....

- Est-il souvent absent ?      NON       OUI
- Est-il suivi par un médecin, un psychologue, un psychiatre ?      NON       OUI
- Suit-il un traitement ?      NON       OUI       Précisez : .....
- .....
- Votre enfant est-il intéressé par un métier ?      NON       OUI
- Précisez : .....
- .....
- Avez-vous autre chose à signaler ? .....
- (Par exemple : caractère, comportement, vie familiale, ...)

**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, le médecin de l'éducation nationale peut vous recevoir sur rendez-vous. Prenez contact à cet effet avec l'infirmière de l'établissement scolaire.*

#### **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 parents :**