

QUESTIONNAIRE MÉDICAL INITIAL

A remplir par les parents ou responsables légaux

Classe :

Section :

Dans le cadre de sa formation professionnelle, votre enfant va effectuer des travaux réglementés.

Une autorisation de l'inspection du travail est nécessaire (article R4153-40 du code du travail, modifié par décret N°2016-1908 du 27 décembre 2016) pour les élèves de 15 à 18 ans.

Un avis médical d'aptitude établi par le médecin de l'établissement est obligatoire.

Le questionnaire ci-dessous est à compléter et à remettre sous pli cacheté au service médical de l'établissement. Votre enfant pourra le remettre au médecin le jour de la visite médicale, accompagné du carnet de santé, du carnet de vaccinations et de la copie de tout document utile

Nom et prénom de l'élève :

Né(e) le :Téléphone (s) :

1. Maladies ou hospitalisations antérieures

- A-t-il déjà fait des convulsions ou des crises d'épilepsie ? oui non
si oui, à quel âge ?
- A-t-il eu d'autres maladies ? oui non
si oui, précisez
- A-t-il eu des accidents ? oui non
si oui, précisez
- A-t-il été opéré ? oui non
si oui, précisez.....

2. Etat de santé actuel

Actuellement, présente-t-il

- de l'asthme ? oui non

- de l'eczéma, de l'urticaire, une allergie ? oui non
si oui, précisez
- des malaises ou des pertes de connaissance ? oui non
si oui, précisez
- des problèmes de dos ou d'articulation ? oui non
si oui, précisez

Est-il suivi par

- un médecin spécialiste ? oui non
si oui, précisez
- un psychologue ou un psychiatre ? oui non
- un autre professionnel de santé ? oui non
si oui, précisez

Suit-il un traitement médicamenteux ? oui non
si oui, précisez

Un dossier MDPH est-il en cours pour votre enfant oui non

Avez-vous d'autres points à signaler ?.....
.....

3. Vaccinations

Il est rappelé que l'aptitude aux travaux règlementés est conditionnée par une situation vaccinale à jour au regard des obligations prévues par la Loi.

4. Information importante !

La consommation de produits psycho actifs (alcool, cannabis, autres drogues) et de certains médicaments peut avoir des conséquences importantes et 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