Mission de promotion de la santé
en faveur des élèves de la Somme

Nom du médecin de l'Education Nationale :

Etablissement scolaire :

Questionnaire médical à remplir par les parents

(à remettre au médecin le jour de la visite médicale)

Votre enfant, dans le cadre de la formation professionnelle choisie, aura à travailler dans son établissement scolaire sur des machines ou à utiliser des produits à risque.
S'agissant d'un élève mineur, et dans le cadre de la procédure de dérogation aux travaux réglementés par le code du travail (décret n° 2013-914 du 11 octobre 2013 – article L 4153-9 du code du travail), l'avis du médecin de l'éducation nationale sur la compatibilité entre son état de santé et les tâches et travaux nécessaires à sa formation professionnelle est obligatoire. Il doit être transmis à l'inspecteur du travail.
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.

RENSEIGNEMENTS SUR L'ELEVE

NOM : PRENOM : CLASSE :

Date de Naissance :

Adresse et n° de téléphone :

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 :

MALADIES PRESENTEES ANTERIEUREMENT 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 eu 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 :

ETAT DE SANTE ACTUEL DE VOTRE ENFANT

En ce qui concerne les 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.

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

Actuellement présente-t-il d'autres troubles ? (asthme, eczéma, allergie, urticaire, pertes de connaissance, malaises, problèmes de dos ou d'articulations, maux de tête, problèmes de vue ou de fatigue oculaire), veuillez préciser :

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 ex : caractère, comportement, vie familiale…) :

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'infirmerie de l'établissement scolaire.

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'ELEVE : **SIGNATURE DES PARENTS :**