



**QUESTIONNAIRE MEDICAL A DESTINATION DES ELEVES MINEURS
DANS LE CADRE DE LA PROCEDURE DE DEROGATION AUX TRAVAUX REGLEMENTAIRES**

SERVICE DE PROMOTION DE LA SANTE EN FAVEUR DES ELEVES,
DOCTEUR MENARD

Madame, Monsieur

Votre enfant, dans le cadre de la formation professionnelle choisie, aura à travailler dans l'établissement scolaire ou ses lieux de stages 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° 2015-443 du 17 avril 2015 – 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 de son établissement.

Vos réponses sont strictement confidentielles, soumises au secret médical.

RENSEIGNEMENTS SUR L'ELEVE

Nom..... Prénom..... Classe

Date de naissance

Adresse :
.....

Code postal : Ville :

N° téléphone :

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

Le père est-il 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(elle) déjà fait des convulsions ? OUI NON

Si oui, à quel âge ?.....

A-t-il(elle) eu d'autres maladies neurologiques ? OUI NON

S'agissait-il d'une méningite : OUI NON

A-t-il(elle) eu des maladies respiratoires ou allergiques ? OUI NON

Précisez :.....

A-t-il(elle) eu des otites à répétition ? OUI NON

A-t-il(elle) eu des problèmes de hanche ou de dos ? OUI NON

Autres maladies importantes : OUI NON Précisez :

A-t-il(elle) eu des accidents ? OUI NON Précisez :

A-t-il(elle) été hospitalisé(e), voir opéré(e) ? OUI NON Précisez

ETAT DE SANTE ACTUEL DE VOTRE ENFANT

En ce qui concerne les vaccinations, il est rappelé que l'autorisation d'affectation à des travaux réglementés est conditionnée par une situation vaccinale à jour au regard des obligations prévues par la loi.

A-t-il(elle) souvent des rhumes, angines, bronchites, otites ? oui non

Actuellement, présente-t-il(elle) d'autres troubles (asthme, eczéma, allergie, urticaire, pertes de connaissance, malaises, problèmes de dos ou d'articulations, maux de têtes, problèmes de vue ou de fatigue oculaire) oui non

Si oui, merci de préciser :

Est-t-il(elle) souvent absent(e) ? oui non

Si oui, merci de préciser les motifs d'absence :

Est-t-il(elle) suivie(e) par un médecin, psychologue, psychiatre ? oui non

Si oui, merci de préciser pour quelle raison :

Suit-il(elle) un traitement ? oui non

Merci de préciser lequel et depuis quand :

Avez-vous autre chose à signaler (par ex : caractère, comportement, vie familiale, ...) ? oui non

Merci de préciser lequel :

Le jour de visite médicale, merci de confier à votre enfant copie de tous documents utiles en votre possession (comptes rendus récents de radio, d'exams biologiques, rapports médicaux)

Si vous le souhaitez, le médecin de l'Education Nationale peut vous recevoir sur rendez-vous. Prenez contact avec l'infirmerie de l'établissement.

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