

Questionnaire médical à remplir par les RESPONSABLES LEGAUX

Pour la demande de dérogation aux travaux règlementés interdits aux mineurs

A compléter impérativement SVP

NOM ET PRENOM DE L'ELEVE :

Né le :

Classe :

Formation suivie :

Etablissement scolaire :

Nom du médecin traitant :

COMMUNE

Retour IMPERATIF de ce questionnaire sous enveloppe cachetée avec le dossier d'inscription de l'élève ou à l'infirmerie

La procédure de dérogation requiert l'avis porté par le médecin de l'éducation nationale sur la compatibilité entre l'état de santé de l'élève et les tâches et travaux nécessaires à sa formation professionnelle

A cet effet, il vous est demandé de **remplir le questionnaire ci-dessous** sur l'état de santé actuel de votre enfant et ses antécédents familiaux.

Vos réponses et les documents sont strictement confidentiels, soumis au secret médical, destinés au médecin en charge d'examiner votre enfant.

2. Maladies présentées antérieurement par votre enfant : **SI OUI veuillez préciser**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> A-t-il déjà fait des convulsions ? | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> si oui, à quel âge ? COMMENTAIRE |
| <input type="checkbox"/> A-t-il eu une maladie neurologique ? | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> A-t-il eu des maladies respiratoires ou allergiques | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> A-t-il fait des otites à répétition ? | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> A-t-il eu des problèmes de hanche ou de dos ? | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Autres maladies importantes | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> A-t-il eu des accidents ? | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> A-t-il été hospitalisé, opéré ? | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |

2. État de santé actuel de votre enfant :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> A-t-il souvent des rhumes, sinusites, angines, bronchites, otites ? | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Actuellement présente-t-il d'autres troubles ? | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| - perte de connaissance, malaise | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| - maux de tête | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| - problèmes de vue ou de fatigue oculaire | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| - eczéma, allergie, urticaire, asthme | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| - problèmes de dos ou d'articulation | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |



Questionnaire santé suite

- Est-il suivi par ?
- Un médecin pour une maladie particulière ? oui non
 - Un psychologue, Un psychiatre ? oui non
 - Un Autre soignant ? oui non
- Suit-il un traitement ? oui non
- Quel(s) médicament(s) ? depuis combien de temps ?
- Est-il souvent absent en classe ? oui non
- Motifs :
- Avez-vous d'autres informations à porter à notre connaissance ? oui non

Votre enfant bénéficie-t'il d'une reconnaissance de handicap ? oui non

Si oui un PPS est il en cours ? oui non

Votre enfant bénéficie-t-il d'une reconnaissance d'un PAI ?
Si oui le PAI est il en cours, rédigé pour cette année ? oui non

Votre enfant bénéficie t'il d'un d'un PAP ?
Si oui les aménagements pédagogiques sont ils déjà actualisés ? oui non

Informations importantes :

- 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 (DTP à jour).

- 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 conduite d'engins. Elle peut entraîner une interdiction ponctuelle d'accès aux ateliers pour des raisons de sécurité.

Je déclare avoir pris connaissance de l'information ci-dessus. A, _____ le _____

Signature de l'élève

Signature du ou des représentants légaux

Nous vous demandons de bien vouloir confier à votre enfant son carnet de santé et la copie de tous documents médicaux utiles en votre possession (comptes rendu récents de radiologie, d'exams médicaux,) pour compléter ce questionnaire, sous enveloppe cachetée libellée à l'attention du service médical

N'hésitez pas à signaler à l'infirmerie l'apparition de nouvelles maladies au cours de l'année (hors pathologies banales ou hivernales)

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.