



MINISTRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE,
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE



Direction des Services
Départementaux de
l'Éducation Nationale de
l'Oise

Service de Promotion de la
Santé en Faveur des Élèves

Nom du médecin de l'Éducation Nationale :

Etablissement scolaire :

Lycée Professionnel Arthur Rimbaud RIBECOURT-DRESLINCOURT

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, à utiliser des produits réglementés ou à être confronté à des situations à risque professionnel.

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 et soumises au secret médical.

RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉLÈVE

Nom :

Prénom :

Classe :

Date de naissance :

Adresse et n° de 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 PRÉSENTÉES 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

précisez :

Autres maladies importantes :

OUI NON

précisez :

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

OUI NON

précisez :

A-t-il(elle) été hospitalisé(e), voire opéré(e) ? :

OUI NON

précisez :

tournez la page, SVP

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, sinusites, angines, bronchites, otites ? : OUI NON

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

Est-il(elle) souvent absent(e) ? ; merci de préciser les motifs d'absence : OUI NON

Est-il(elle) suivi(e) par un médecin, un psychologue, un psychiatre ? merci de préciser pour quelle raison : OUI NON

Suit-il(elle) un traitement ? merci de préciser lequel : OUI NON

Avez-vous autre chose à signaler (par ex : caractère, comportement, vie familiale,...) ? merci de préciser lequel : OUI NON

Votre enfant est-il(elle) intéressé(e) par un métier ? merci de préciser : OUI NON

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'infirmierie 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'élève :

signature des parents :