

**Mission de promotion de la santé en faveur des élèves de
l'Isère du médecin de l'Éducation Nationale
Dr Tardif Lucie Etablissement scolaire : Lycée Lesdiguières**

Questionnaire médical à remplir par les parents/étudiant(e)

Votre enfant, dans le cadre de sa formation professionnelle, aura à travailler sur des machines dangereuses ou à utiliser des produits dangereux.

Etant mineur, il doit obtenir une autorisation de l'inspection du travail pour ces travaux qui sont normalement interdits aux jeunes de moins de 18 ans (*Article D41 53-43. Créé par Décret n°2008-244 du 7 mars 2008 - art. (V)*). L'avis du médecin de l'éducation nationale est obligatoire.

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/ETUDIANT(E)

NOM..... **Prénom** **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

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...)

.....
.....
.....

*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/ETUDIANT(E)

SIGNATURE DES PARENTS