

☐ CS3 Dessert de restaurant    ☐ CS3 Vendeur-Conseil en alimentation

**Nom :**

**Prénom :**

**Date de naissance :**

Dans le cadre de votre formation professionnelle, et du fait de votre utilisation possible de machines dangereuses, nous vous remercions de bien vouloir compléter le questionnaire de santé ci-dessous :

Durant l'année scolaire écoulée, avez-vous :

☐ reçu une vaccination ou un rappel ? Si oui, lesquels ?

☐ été victime d'un accident ?

☐ subi une opération ? .

☐ été hospitalisé ?

Si oui pour quel type de pathologie :

☐ malaise

☐ allergie

☐ épilepsie

☐ asthme

☐ diabète

☐ autre :

☐ été dispensé d'EPS ? Si oui, combien de temps et pour quelle raison ?

☐ consulté un spécialiste ?

☐ dentiste

☐ orthophoniste

☐ ophtalmologiste

☐ psychologue ou psychiatre

☐ ORL

☐ kinésithérapeute

☐ chirurgien

☐ autre :

Présentez-vous un trouble du langage ou des apprentissages ? Si oui, préciser lequel :

Autres informations :

**ATTENTION ! LA VISITE MÉDICALE EST OBLIGATOIRE POUR ÊTRE ACCEPTE EN ATELIER ET ÊTRE AUTORISÉ À SE RENDRE EN STAGE EN ENTREPRISE**

**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 :**