



RÉGION ACADÉMIQUE  
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

MINISTÈRE  
DE L'ÉDUCATION NATIONALE  
MINISTÈRE  
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,  
DE LA RECHERCHE  
ET DE L'INNOVATION

Nom du médecin de l'éducation nationale :

Établissement scolaire : LYCEE PROFESSIONNEL

## Questionnaire médical initial à remplir par les parents

Votre enfant, dans le cadre de sa formation professionnelle, aura à effectuer des travaux dits « réglementés » (utilisation de machines dangereuses, utilisation de produits dangereux...)

Étant mineur, il doit obtenir une **dérogation** pour ces travaux qui sont normalement interdits aux jeunes de moins de 18 ans (articles L.4153-9, D.4153-15 à D.4153-37 du code du travail). L'avis d'aptitude 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 et soumises au secret médical.***

### RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉLÈVE

Nom et prénom de l'élève :

Classe :

Né(e) le :

Adresse :

Téléphone (s) :

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 :

Nom et coordonnées du médecin traitant :

### MALADIES PRÉSENTÉES ANTÉRIEUREMENT 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) fait 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, SVP**

## 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 (elle) 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) ? si oui merci de préciser : OUI  NON

Est-il (elle) souvent absent ? OUI  NON

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

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

Avez-vous autre chose à signaler ? (par exemple : caractère, comportement, vie familiale,...) ?  
Si oui, merci de préciser lequel :

Le jour de la visite médicale, 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'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, de conduite d'engins et, plus généralement, de la pratique de tous travaux dangereux.

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 :