 Nom du médecin scolaire : …………………………………………………………

Service de promotion de la santé

et de l’action Sociale Etablissement scolaire : …………………………………………………………….

en Faveur de Elèves

**QUESTIONNAIRE MÉDICAL À REMPLIR PAR LES PARENTS OU LE RESPONSABLE LÉGAL**

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

Étant mineur, il doit obtenir une autorisation de l’inspecteur du travail pour ces travaux qui sont normalement interdits aux jeunes de moins de 18 ans (article R234-22 du code du travail). L’avis du médecin scolaire 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.**

Le document complet sous enveloppe cachetée et libellé à l’attention du médecin scolaire, sera remis à l’infirmière de l’établissement scolaire (ou à défaut, au professeur principal).

Nom et prénom de l’élève : ……………………………………………………………………………………………………………

Né(e) le …………………………………………………………. Classe : …………………………………………………………….

Adresse : …………………………………………………………………………………………………………………………………………

Téléphone(s) : ………………………………………………………………………………………………………………………………

Y a -t-il des problèmes de santé dans la famille : non oui si oui, lesquels ? …………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Nombre de frères et sœurs : …………………………………………………………………………………………………………

Nom et coordonnées du médecin traitant : ………………………………………………………………………………..

1. **MALADIES PRÉSENTÉES ANTÉRIEUREMENT PAR VOTRE ENFANT :**

→ A -t-il déjà fait des convulsions ? non oui si oui, à quel âge ? …………………..

 → A -t-il eu d’autres maladies neurologiques ? non oui

S’agissait-il d’une méningite ? non oui

→ A -t-il eu des maladies respiratoires ou allergiques ? non oui

Précisez  : ……………………………………………………………………………………………………………………………………….

→ A -t-il fait des otites à répétition ? non oui

→ A -t-il eu des problèmes de hanche ou dos ? non oui

→ Autres maladies importantes : …………………………………………………………………………………………………..

→ A -t-il eu des accidents ? non oui

→ A -t-il été hospitalisé, voire opéré ? non oui Précisez : ………………………………………..

**2 – VACCINATIONS**

Il est rappelé que l’autorisation de travail sur machines dangereuses est conditionné par une situation vaccinale à jour au regard des obligations prévues par la loi.

**3 – ÉTAT DE SANTÉ ACTUEL DE VOTRE ENFANT :**

A -t-il souvent des rhumes, sinusites, angines, bronchites, otites ? non oui

Actuellement présente-il d’autres troubles ? (cochez et précisez)

 Asthme : ………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Eczéma, allergie, urticaire : ………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 Pertes de connaissances, malaises : ………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 Maux de tête : ………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 Problèmes de vue ou fatigue oculaire : ………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

→ Est-il souvent absent ? non oui

→ Est-il suivi par un médecin, un psychologue, un psychiatre ? non oui

Sui -il un traitement ? non oui

Précisez : ………………………………..…………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Avez-vous autre chose à signaler ? (par exemple : caractère, comportement, vie familiale ….)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Nous vous demandons de confier à votre enfant son carnet de santé et la 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 scolaire peut vous recevoir sur rendez-vous. Vous pouvez prendre contact à cet effet avec l’infirmerie de l’établissement scolaire.*

**4 – 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 et de conduite 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 :