

# QUESTIONNAIRE MEDICAL à remplir par les parents

Formulaire à renseigner par les responsables légaux des élèves mineurs en début de formation

**A remettre dans une enveloppe cachetée**

Votre (fils)(fille) va intégrer un cycle de formation professionnelle l'amenant à effectuer des travaux réglementés par le code du travail pour les jeunes âgés de 15 ans au moins et de moins de 18 ans.

Conformément à la réglementation (décrets no 2013-914 et 915 du 11 octobre 2013 relatifs à la procédure de dérogation prévue à l'article L. 4153-9 du code du travail), une visite médicale annuelle est indispensable pour autoriser l'élève mineur à travailler en atelier dans l'établissement.

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.**

**Vous mettez ce document complet sous enveloppe cachetée à l'attention du Médecin de l'Education Nationale.**

## RENSEIGNEMENTS SUR L'ELEVE

NOM : ..... Prénom : ..... Classe : ..... Date de naissance : .... / .... / .....

Nom Prénom et adresse du père : .....

N° de téléphone du père : .....

Nom Prénom et adresse de la mère: .....

N° de téléphone de la mère: .....

Nom du médecin traitant : .....

Coordonnées du médecin traitant : .....

## 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 les 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 connaissances, malaises, problèmes de dos ou d'articulations, maux de tête, problème 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 : .....