



Nom du médecin de l'Éducation Nationale :

Établissement scolaire :

LP COLARD NÈRE

Madame, Monsieur,

Voire enfant,

Nom :

Prénom :

Classe :

dans le cadre de la formation professionnelle choisie, travaille dans son établissement scolaire ou lors de ses périodes de formation en milieu professionnel sur des machines, utilise des produits réglementés ou est confronté à des situations à risque professionnel.

S'agissant d'un élève mineur, et dans le cadre de la procédure de dérogation aux travaux réglementés par le code du travail (décret n° 2015-443 du 17 avril 2015 – article L 4153-9 du code du travail), l'avis du médecin de l'Éducation Nationale sur la compatibilité entre son état de santé et les tâches et travaux nécessaires à sa formation professionnelle est obligatoire.

Cet avis doit être mis à disposition de l'inspecteur du travail. A cet effet, il vous est demandé de remplir le questionnaire au verso, que vous voudrez bien remettre à l'infirmière sous pli cacheté.

Vos réponses sont strictement confidentielles et soumises au secret médical.

Signature de l'infirmière ou du médecin de l'Éducation Nationale

1/2

tournez la page, SVP

PROBLEMES DE SANTE PRESENTES PAR VOTRE ENFANT
DEPUIS LA DERNIERE VISITE MEDICALE

A-t-il(elle) présenté un problème de santé ?

Si oui, lequel ?

OUI ☐ NON ☐

Est-il(elle) été souvent absent(e) ?

Si oui, merci de préciser les motifs d'absence :

OUI ☐ NON ☐

A-t-il(elle) été hospitalisé(e) ?

Si oui, merci de préciser pour quelle raison :

OUI ☐ NON ☐

A-t-il(elle) été victime d'un accident ?

Si oui, merci d'en préciser la nature :

OUI ☐ NON ☐

Suit-il(elle) un traitement ?

Si oui, merci de préciser lequel et depuis quand :

OUI ☐ NON ☐

Nom et coordonnées du médecin traitant :

Si vous le souhaitez, le médecin de l'éducation nationale peut vous recevoir sur rendez-vous. Prenez contact à cet effet avec l'infirmière 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 incapacité 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 :



Afin d'assurer une prise en charge de qualité de l'élève, il est **IMPERATIVE** d'informer l'équipe infirmière de **tous** changements relatifs à sa santé par rapport aux informations que vous aurez noté sur ce document et qui surviendraient dans les mois à venir (hospitalisation, chirurgie, traitement, etc.).

Cette information doit être donnée au plus vite, dès la rentrée et durant toute l'année en cours.

2/2