



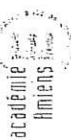
Afin d'assurer une prise en charge de qualité de l'élève, il est **IMPÉRATIF** d'informer l'équipe infirmière de **TOUTS** **changements relatifs à sa santé** par rapport aux informations que vous aurez noté sur ce document et qui surviendraient dans les mois à venir (hospitalisation, chirurgie, traitement,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

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



Nom du médecin de l'Éducation Nationale : **DR MENARD**

Établissement scolaire : **LP COLARD NOEL**
Année scolaire : **2024-2025**



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

Questionnaire médical à remplir par les parents
(à remettre au médecin le jour de la visite médicale)

Vous êtes, dans le cadre de la formation professionnelle choisie, amené à travailler dans un établissement scolaire sur des machines, à utiliser des produits réglementés ou à être 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° 2013-914 du 11 octobre 2013 - 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. Il doit être transmis à l'inspecteur du travail. 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 : _____ Prénom : _____ Classe : _____
Date de naissance : _____ Profession : _____
Adresse et n° de téléphone : _____ Profession : _____
La mère est-elle en bonne santé ? OUI ☐ NON ☐
Le père est-il en bonne santé ? OUI ☐ NON ☐
Nombre de frères et sœurs : _____
Nom et coordonnées du médecin traitant : _____

MALADIES PRÉSENTÉES ANTERIEUREMENT 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) eu des otites à répétition ? OUI ☐ NON ☐
A-t-il(elle) eu des problèmes de hanche ou de dos ? OUI ☐ NON ☐ précisez : _____
A-t-il(elle) eu des problèmes de hanche ou de dos ? 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 : _____

Joignez la page, SVP

Direction des services départementaux de l'Éducation nationale de l'Aisne
Mission de promotion de la santé en faveur des élèves

ÉTAT DE SANTÉ ACTUEL DE VOTRE ENFANT

En ce qui concerne les vaccinations, il est rappelé que l'autorisation d'affectation à des travaux réglementés 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 ☐

A-t-il(elle) eu d'autres troubles actuellement (asthme, eczéma, allergie, urticaire, pertes de connaissance, malaises, problèmes de dos ou d'articulations, maux de tête, problèmes de vue ou de fatigue oculaire) ? : merci de préciser : _____

OUI ☐ NON ☐

Est-il(elle) souvent absent(e) ? : merci de préciser les motifs d'absence : _____

OUI ☐ NON ☐

Est-il(elle) suivi(e) par un médecin, un psychologue, un psychiatre ? merci de préciser pour quelle raison : _____

OUI ☐ NON ☐

Suit-il(elle) un traitement ? merci de préciser lequel : _____

OUI ☐ NON ☐

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

OUI ☐ NON ☐

Votre enfant est-il(elle) intéressé(e) par un métier ? merci de préciser : _____

OUI ☐ NON ☐

Nous vous demandons de confier à votre enfant son carnet de santé et copie de tous documents utiles en votre possession (comptes rendus d'examens 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'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.

Fait à _____
Le / /

Signature des parents :

Signature de l'élève :

Direction des services départementaux de l'Éducation nationale de l'Aisne
Mission de promotion de la santé en faveur des élèves