



Direction des Services
Départementaux de
l'Éducation Nationale de
l'Oise

Service de Promotion de la
Santé en Faveur des Élèves

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

Nom du médecin de l'Éducation Nationale : DR GRIMAUD MARTINE

Établissement scolaire : LYCÉE CHARLES DE GAULLE

Questionnaire médical à remplir par les parents

(À remettre au médecin le jour de la visite médicale)

Votre enfant, dans le cadre de la formation professionnelle choisie, aura à travailler dans son 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° 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. Il doit être mis à disposition de 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 :

Adresse et n° de téléphone :

La mère est-elle en bonne santé ?

OUI ☐ NON ☐

Profession :

Le père est-il 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) eu 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 la page, SVP

ETAT DE SANTE 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 ☐

Actuellement, présente-t-il(elle) 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 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 ou de conduites 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 :