

APTITUDE AUX TRAVAUX REGLEMENTÉS

Questionnaire pour la visite médicale en 1ère année
à remplir par les parents ou tuteurs légaux de l'élève dans le cadre de
l'aptitude à suivre une formation professionnelle et obligatoire
(Code du travail : articles D4153-41 à D4153-47)

Carnet de santé obligatoire

Elève

Nom : Prénom :
Date de naissance : Section suivie :

Responsable légaux :

Nom : Prénom :
Téléphone :
Nom : Prénom :
Téléphone :

Votre enfant va suivre une formation professionnelle l'exposant à des travaux règlementés pour les mineurs (15 à 18 ans). Nous vous demandons de remplir le questionnaire ci-dessous en vue d'établir l'aptitude pour l'année scolaire 202..-202..

CE QUESTIONNAIRE DOIT ETRE OBLIGATOIREMENT REMPLI POUR SA FORMATION

Coordonnées du Médecin traitant :

.....
.....
.....

Antécédents médicaux :

- Allergie : Si oui, précisez
- respiratoire oui ☐ non ☐
- cutanée oui ☐ non ☐
- alimentaire oui ☐ non ☐
- Asthme oui ☐ non ☐
- Eczéma oui ☐ non ☐
- Epilepsie oui ☐ non ☐
- Diabète oui ☐ non ☐
- Maladie ostéo-articulaire oui ☐ non ☐
- Sensoriel :
- problème de vue oui ☐ non ☐
- problème d'audition oui ☐ non ☐
- Maladie cardiaque oui ☐ non ☐
- Toutes pathologies ou maladies qui vous semblent importantes à nous communiquer :
.....
.....

- A-t-il été hospitalisé, victime d'un accident ? Si oui, précisez :

.....

- A-t-il eu une perte de connaissance, un traumatisme crânien ? Si oui, préciser :

.....

Suivi actuel :

- A-t-il un suivi psychologique ? Si oui, précisez :

.....

- A-t-il un suivi médical ? Si oui, précisez :

.....

- A-t-il un traitement médical ? Si oui, précisez :

.....

- Autres suivis ? Si oui, précisez :

.....

- Hospitalisation ? Si oui, précisez :

.....

Nous vous demandons de confier à votre enfant son carnet de santé, ses lunettes s'il en porte et copie de tous documents utiles en votre possession (copie de comptes rendus récents de radiographie, d'examen biologique, rapports médicaux, etc...)

INFORMATION IMPORTANTE :

La consommation de produits psychoactifs (alcool, cannabis, autres drogues) et de certains médicaments peut avoir des conséquences en cas d'utilisation de machines 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 :

Signatures des parents :

JOINDRE UNE PHOTOCOPIE DES PAGES DE VACCINATION
Questionnaire obligatoire à remettre au médecin le jour de la visite

APTITUDE AUX TRAVAUX REGLEMENTÉS

Fiche pour les deuxième et troisième années



RÉGION ACADÉMIQUE
OCCITANIE

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

Elève

Nom : Prénom :

Date de naissance : Section suivie :

Responsable légaux :

Nom : Prénom :

Téléphone :

Nom : Prénom :

Téléphone :

Votre enfant suit une formation professionnelle l'exposant à des travaux réglementés pour les mineurs (de 15 à 18 ans). Il a bénéficié en début de première année d'une visite médicale. Nous vous demandons de nous retourner le questionnaire ci-dessous en vue d'établir l'aptitude pour l'année scolaire 202...-202..

CE QUESTIONNAIRE DOIT ETRE OBLIGATOIREMENT REMPLI POUR LA POURSUITE DE SA FORMATION

Depuis la dernière visite médicale au lycée :

1. A-t-il eu un problème médical ? Si oui, précisez :
.....
.....
2. Prend-il un traitement quotidien ? Si oui, lequel ?
.....
.....
3. A-t-il eu une perte de connaissance, un malaise ou un traumatisme crânien ? Si oui, précisez :
.....
.....
4. A-t-il été hospitalisé ? Si oui, pourquoi ?
.....
.....
5. A-t-il été victime d'un accident ? Si oui, précisez :
.....
.....

Fiche à remettre à ...

DATE :

SIGNATURE DU OU DES REPRESENTANTS LEGAUX