

NOTE CONFIDENTIELLE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX POUR LA VISITE MEDICALE OBLIGATOIRE D'APTITUDE AUX TRAVAUX REGLEMENTES

(Décret N° 2015-443 du 17 avril 2015 pour les mineurs de 15 à 18 ans
Instruction inter-ministérielle 2016-173 du 07/09/2016)

Cachet de l'établissement :

Section :

Classe :

Nom et prénom de l'élève :

Né(e) le :

Nom des responsables légaux :

Téléphone des responsables légaux:

Adresse mail des responsables légaux :

1. Maladies ou hospitalisations antérieures

➤ Convulsions ou crises d'épilepsie ? oui non si oui, à quel âge ?

.....

➤ Autres maladies ? oui non si oui, précisez

.....

➤ Accidents ? oui non si oui, précisez

.....

➤ Opérations? oui non si oui, précisez

.....

2. Etat de santé actuel

➤ Asthme ? oui non

➤ Eczéma, Urticaire, Allergie ? oui non

.....

➤ Malaises ou pertes de connaissance ? oui non si oui, précisez

.....

➤ Problèmes de dos ou d'articulation ? oui non si oui, précisez

.....

3. Suivi médical :

- Nom du médecin traitant et des médecins qui suivent l'enfant :
-
- psychologue ou psychiatre ? oui non Précisez :
- autre professionnel de santé ? oui non Précisez
-

4. Traitement médicamenteux ? oui non Précisez :

.....

5. Aménagements antérieurs de la scolarité Votre enfant a-t-il bénéficié de :

- **PAP** : oui non **PAI** : oui non
- **AVS/AESH** : oui non **ordinateur en classe** : oui non
- **SEGPA** : oui non **ULIS** : oui non
- Autres :

Autres renseignements à nous communiquer :

Pour le renouvellement : Votre enfant a -t-il eu des problèmes de santé depuis la visite médicale précédente ? oui non Précisez :

.....

Ce questionnaire est à remettre sous pli cacheté au médecin de l'éducation nationale le jour de la visite avec le carnet de santé. Vous pouvez joindre la copie de tout document médical en votre possession qui vous paraîtrait utile.

RAPPELS

- **Vaccinations**
Il est rappelé que l'aptitude aux travaux règlementés est conditionnée par une situation vaccinale à jour au regard des obligations prévues par la Loi.
- **La consommation de produits psycho actifs** (alcool, cannabis, autres drogues) et de certains médicaments peut avoir des conséquences importantes et entraîner **une inaptitude** à la poursuite de la formation professionnelle dispensée pendant le temps nécessaire.
- **Si votre enfant bénéficie d'un PAI**, il appartient à la famille ou aux représentants légaux de le transmettre au lieu de stage.

Je déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessus (§ Rappels).

Je m'engage à informer l'infirmière de l'établissement de tout nouveau problème de santé ou accident survenant durant l'année scolaire.

A.....le.....

Signature de l'élève

Signature des parents