

Questionnaire médical en vue de la visite médicale d'aptitude aux travaux réglementés

Etablissement scolaire :

Nom du médecin de l'éducation nationale :

Questionnaire à l'attention des parents :

Votre enfant, dans le cadre de sa formation professionnelle, aura à travailler sur des machines dangereuses ou à utiliser des produits dangereux.

Pour qu'un(e) élève mineur(e) puisse procéder aux travaux réglementés normalement interdits aux jeunes de moins de 18 ans, un avis du médecin de l'éducation nationale doit être obligatoirement transmis à l'inspecteur du travail (articles R. 4153-15 à D4153-35 du code 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, soumises au secret médical.

Vous mettrez ce document complet sous enveloppe cachetée libellée à l'attention du médecin de l'éducation nationale, afin qu'elle soit remise à l'infirmière de l'établissement scolaire.

Nom et prénom de l'élève Classe :

Né(e) le :

Adresse :

Téléphone (s) :

Le père est-il en bonne santé : oui non

Profession :

La mère est-elle en bonne santé : oui non

Profession :

Nombre des frères et sœurs :

Nom et coordonnées du médecin traitant :

1. maladies présentées antérieurement par votre enfant :

⇒ a-t-il déjà fait des convulsions ? non oui Si oui, à quel âge ?

⇒ a-t-il eu des maladies respiratoires ou allergiques ? non oui précisez :

.....

⇒ a-t-il fait des otites à répétition ? non oui

⇒ a-t-il eu des problèmes de hanche ou de dos ? non oui

⇒ autres maladies importantes :

.....

⇒ a-t-il eu des accidents ? non oui Précisez :

.....

⇒ a-t-il été hospitalisé ou opéré ? non oui Précisez :

.....

.....

Questionnaire médical en vue de la visite médicale d'aptitude aux travaux réglementés

⇒ a-t-il déjà consulté un orthophoniste, un ergothérapeute, un psychomotricien ? non oui
Si oui, pourquoi ?.....
.....

⇒ a-t-il ensuite bénéficié d'un suivi auprès de ce spécialiste ? non oui Précisez (nom, durée).....
.....

⇒ a-t-il déjà consulté un neurologue, un pédo-psychiatre, un psychiatre ou un psychologue ?
non oui Si oui, pourquoi ?.....
.....

⇒ a-t-il bénéficié ensuite d'un suivi auprès de ce spécialiste ? non oui précisez (nom, durée)
.....

⇒ a-t-il bénéficié d'un suivi en CAMSP, CMP, CMPP ou Hôpital de Jour ? non oui Précisez (lieu, durée)
.....
.....

2. vaccinations :

Il est rappelé que l'autorisation de travail sur machines dangereuses est conditionnée par une situation vaccinale à jour au regard des obligations prévues par la loi.

3. état de santé actuel de votre enfant :

⇒ a-t-il souvent des rhumes, sinusites, angines, bronchites, otites ? non oui

⇒ actuellement présente-t-il d'autres troubles (soulignez et précisez)

- asthme :.....
.....

- eczéma, allergie, urticaire :.....
.....

- pertes de connaissance, malaises
.....

- problèmes de dos ou d'articulations :
.....

- maux de tête :
.....

- problèmes de vue ou de fatigue oculaire :
.....

Questionnaire médical en vue de la visite médicale d'aptitude aux travaux règlementés

⇨ est-il souvent absent ? non oui

⇨ est-il suivi par un médecin, un psychologue ou un psychiatre ? non oui

Précisez :

⇨ votre enfant suit-il un traitement médicamenteux ? non oui

Précisez :

⇨ votre enfant bénéficie-t-il actuellement d'une autre prise en charge ou d'une rééducation ?
non oui

Précisez :

⇨ votre enfant est-il intéressé par un métier non oui

Précisez :

⇨ avez-vous d'autres éléments à signaler (caractère, comportement, vie familiale, etc...) ?.....

.....

Nous vous demandons de confier à votre enfant son carnet de santé et copie de tous les documents utiles en votre possession (comptes-rendus récents de radiographie, d'exams biologiques, rapports médicaux, etc)

4. informations importantes :

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 et de conduites d'engins.

Elle peut entraîner une inaptitude à la poursuite de la formation professionnelle dispensée, pendant le temps nécessaire.

Tout avis d'aptitude est délivré sous réserve de l'exactitude des renseignements médicaux transmis au médecin scolaire dans leur intégralité.

Je déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessus.

A.....le

Signature de l'élève :

Signature des parents :