

QUESTIONNAIRE MEDICAL A REMPLIR PAR LES PARENTS

Pour la demande de dérogation au travail sur Machines interdites aux mineurs

ANNEE SCOLAIRE : 2024-2025

Classe :

Etablissement scolaire :

NOM ET PRENOM DE L'ELEVE :

Né (e) le :

1. Maladies présentées antérieurement par votre enfant :

A-t-il déjà fait des convulsions ?

OUI NON si oui, à quel âge ?

A-t-il eu d'autres maladies neurologiques ?

OUI NON précisez

A-t-il eu des maladies respiratoires ou allergiques ?

OUI NON précisez

A-t-il fait des otites à répétition ?

OUI NON

A-t-il eu des problèmes de hanche ou de dos ?

OUI NON

Autres maladies importantes :

OUI NON précisez

A-t-il eu des accidents ?

OUI NON précisez

A-t-il été hospitalisé et/ou opéré ?

OUI NON précisez

2. État de santé actuel de votre enfant :

A-t-il souvent des rhumes, sinusites, angines, bronchites, otites ?

OUI NON

A-t-il des pertes de connaissance, malaises... ?

OUI NON précisez

A-t-il des maux de tête ?

OUI NON

A-t-il des problèmes de vue ou de fatigue oculaire ?

OUI NON

A-t-il de l'eczéma, urticaire, asthme ?

OUI NON

A-t-il des allergies ?

OUI NON précisez

A-t-il des problèmes de dos ou d'articulation ?

OUI NON précisez

Est-il souvent absent en classe ?

OUI NON

Est-il suivi par : Un médecin, un psychologue ou psychiatre ?

OUI NON précisez

Autres problèmes de santé à signaler :

OUI NON précisez

3. Suit-il un traitement ? OUI NON précisez

4. A-t-il eu un PAI, PAP, dossier MDPH ?

OUI NON précisez

5. Nom et téléphone du médecin traitant :

6. Nous vous demandons de confier à votre enfant son carnet de santé, de vaccination et copie de tous documents utiles en votre possession (compte rendu de radiologie, examens biologiques, rapports médicaux...etc.) le jour de la visite médicale.

7. Vaccinations, rappel : tout élève doit être à jour des vaccinations et des rappels obligatoires prévus par la loi.

8. 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 conduite d'engins. Elle peut entraîner une interdiction ponctuelle d'accès aux ateliers pour des raisons de sécurité et une inaptitude à la poursuite de la voie professionnelle dispensée pendant le temps nécessaire.

Je déclare avoir pris connaissance de l'information ci-dessus, le (date) :

Signature de l'élève,

Signature des parents

Dossier médical numérique ESCULAPE. Autorisation de transmission

Sans opposition écrite de votre part, les données nécessaires au suivi médical de votre enfant pourront être transmises aux professionnels de santé qui auront à le prendre en charge. À tout moment vous pourrez modifier votre décision.

J'accepte

Je refuse que les données nécessaires au suivi médical de mon enfant puissent être transmises aux professionnels de santé qui auront à le prendre en charge. Lu et approuvé par : (Nom du ou des titulaire(s) de l'autorité parentale)

Date :

Signature(s)

**MERCI DE BIEN VOULOIR REMPLIR
LE QUESTIONNAIRE MEDICAL AU VERSO**

et le remettre sous enveloppe

Annexe 3