

## 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**