



FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONFIDENTIELS

(à remettre au chef d'établissement sous enveloppe cachetée à l'attention du médecin et/ou de l'infirmière scolaire)

NOM DE L'ÉLÈVE : **PRENOM :** **CLASSE**

☞ **Nom et n° de téléphone des personnes à prévenir**

☞ **Nom et n° de téléphone du médecin traitant**

☞ **Vision:** Lunettes : Oui – Non Lentilles : Oui – Non

☞ **Audition :** Bonne Mauvaise

☞ **Quelles maladies votre enfant a-t-il eues ?**

☞ **Votre enfant est a-t-il subi des interventions chirurgicales ?** oui non

☞ si oui lesquelles.....

☞ **Votre enfant est-il diabétique ?** oui non

☞ **Votre enfant est-il épileptique ?** oui non

☞ **Votre enfant est-il asthmatique ?** oui non

☞ **Votre enfant est-il drépanocytaire ?** oui non

☞ **Votre enfant suit-il un traitement ?** oui non

Si oui, lequel ?.....

☞ **Votre enfant suit-il un régime alimentaire ?** oui non

Si oui lequel ?.....

Pourquoi ?.....

Prescrit par un médecin ?.....

ALLERGIES

Votre enfant est-il allergique ? oui non

Si oui : à des médicaments ? à des produits alimentaires ? à un autre produit ?

Citez lesquels.....

Je certifie exacte les informations portées ci-dessus.

A

le

Signature des parents ou représentant légal :



FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONFIDENTIELS

(à remettre au chef d'établissement sous enveloppe cachetée à l'attention du médecin et/ou de l'infirmière scolaire)

Fiche à compléter si votre enfant est :

- ☞ **Atteint d'une maladie chronique pouvant nécessiter une prise de médicament durant le temps scolaire.**
- ☞ **Susceptible de prendre un traitement d'urgence**
- ☞ **Atteint d'un handicap ou d'une maladie invalidante pouvant nécessiter des aménagements particuliers dans le cadre scolaire.**

Maladie dont souffre votre enfant :

.....

.....

Traitement :

.....

.....

Médecin prescripteur :

Observations particulières :

.....

.....

En fonction des renseignements que vous aurez précisés, vous serez contactés par le Médecin ou l'infirmière scolaire pour établir avec vous, si nécessaire, un **Projet d'Accueil Individualisé (PAI)**, conformément à la circulaire N° 2003-135 du 08 septembre 2003 relative à l'accueil en collectivité des enfants et des adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période.

Cette fiche n'est pas obligatoire ; il en va de votre intérêt et de celui de votre enfant qu'elle soit parfaitement renseignée.

Vu et pris connaissance,

Date

Le Représentant Légal,

Signature



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

Etant mineur, il doit obtenir une autorisation de l'inspection du travail pour ces travaux qui sont normalement interdits aux jeunes de moins de 18 ans (Article D4153-43, Créé par Décret n°2008-244 du 7 mars 2008 – art. (V)).

L'avis du médecin de l'éducation nationale est obligatoire pour cette demande de dérogation.

A cet effet, il vous est demandé de remplir le questionnaire ci-dessous – destiné au médecin en charge d'examiner votre enfant lors de la visite médicale obligatoire exigée par le code du travail (R234-11 à R234-23). **Vos réponses sont strictement confidentielles, soumises au secret médical, à remettre sous enveloppe cachetée à l'attention du médecin et/ou de l'infirmière scolaire.**

QUESTIONNAIRE MEDICAL A REMPLIR PAR LES PARENTS

RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉLÈVE

CLASSE :

NOM :

PRENOM :

Date de naissance :

Adresse et n° de téléphone :

Le père est-il en bonne santé ?:

Oui Non

Profession :

La mère est-elle en bonne santé ?

Oui Non

Profession :

Nombre de frères et sœurs :

Nom et coordonnées du médecin traitant :

MALADIES PRÉSENTÉES ANTERIEUREMENT PAR VOTRE ENFANT

A-t-il déjà fait des convulsions ? : Oui Non Si oui, à quel âge ?

A-t-il eu d'autres maladies S'agissait-il d'une méningite ? : Oui Non neurologiques ? : Oui Non

A-t-il eu des maladies respiratoires ou Précisez : allergiques ? : Oui Non

A-t-il eu des otites à répétition ? : Oui Non

A-t-il eu des problèmes de hanches ou de dos ? : Oui Non

Autres maladies importantes :

A-t-il eu des accidents ? : Oui Non Précisez : A-t-il été hospitalisé, voire opéré ? : Oui Non Précisez :



MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE ACADÉMIE DE GUYANE

LYCÉE PROFESSIONNEL JEAN-MARIE MICHOTTE N° 97 300 94P

ETAT DE SANTE ACTUEL DE VOTRE ENFANT

En ce qui concerne les 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.

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

Actuellement présente-t-il d'autres troubles ? (asthme, eczéma, allergie, urticaire, pertes de connaissance, malaises, problèmes de dos ou d'articulations, maux de tête, problèmes de vue ou de fatigue oculaire), veuillez préciser :

Est-il souvent absent ? : Oui Non

Est-il suivi par un médecin, un psychologue, un psychiatre ? : Oui Non

Suit-il un traitement ? : Oui Non Précisez :

Votre enfant est-il intéressé par un Précisez : métier ? : Oui Non

Avez-vous autre chose à signaler ? (par exemple : caractère, comportement, vie familiale...) :

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 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'ELEVE :

SIGNATURE DES PARENTS :