

Questionnaire médical à remplir par les parents et l'élève dans le cadre d'une visite médicale d'aptitude aux travaux réglementés

Ce document est à remettre au médecin agréé lors de la consultation de votre enfant – il sera conservé par le médecin agréé à l'issue de la consultation.

Vos réponses sont strictement confidentielles et soumises au secret médical.

Nous vous demandons de confier à votre enfant, le jour de la visite médicale, son carnet de santé et de vaccinations et copie de tous les documents utiles en votre possession (comptes rendus récents de radiographies, d'examen biologiques, rapports médicaux, bilan orthophonique, bilan psychomoteur, bilan psychométrique, bilan d'ergothérapie, PAI, PAP, notification MDPH, PPS etc.).

Identité et Renseignements

IDENTITÉ

Nom de l'élève :
 Prénom de l'élève :
 Né(e) le :
 Sexe : M F

SCOLARITÉ

Etablissement fréquenté :
 Formation suivie :
 En cas de renouvellement de l'aptitude. Avis médical de l'année passée (*si connu*) :

 Difficultés éventuelles au cours de l'année scolaire précédente :

 Votre enfant est-il souvent absent ? OUI NON
 → Si oui, pour quelle raison ?

Dispositifs en place sur le temps scolaire

		NON	OUI	Précisions en cas de réponse OUI
1	Dossier MDPH (Maison départemental des personnes handicapées) ou PPS (Projet personnalisé de scolarisation) en cours			→ Si oui, précisez pour quel motif : → Et Précisez les notifications en cours (AESH, SESSAD, ULIS...)
2	PAI (Projet d'accueil individualisé) en cours			→ Si oui, précisez pour quel motif:
3	PAP (projet accueil personnalisé) en cours			→ Si oui, précisez pour quel motif (dyslexie, dyspraxie, dysgraphie, dysorthographe, TDAH...)
4	PPRE (Projet personnalisé de réussite éducative) en cours			→ Si oui, précisez pour quel motif :

Vaccination

Les vaccinations obligatoires prévues par la loi (Diphtérie, Tétanos, Polio) doivent être à jour (votre enfant est à jour s'il a reçu 5 doses de vaccin comprenant la diphtérie, le tétanos et la polio entre l'âge de 2 mois et 14 ans).

Nous vous demandons de bien vouloir vérifier le statut vaccinal de votre enfant et de le mettre à jour si besoin en prenant contact avec votre médecin traitant

Remarque :

- Si dans le cadre de sa formation, votre enfant doit réaliser des stages en milieu hospitalier ou établissement de santé collectif, la vaccination anti hépatite B et Covid-19 est Obligatoire
- Si dans le cadre de sa formation, votre enfant doit réaliser des stages dans les établissements soumis au Passe Sanitaire, il devra lui-même présenter un Passe Sanitaire Valide pendant toute la durée de son stage.

Pathologies en cours et traitements

		NON	OUI	Précisions en cas de réponse OUI
5	Votre enfant, souffre t'il actuellement d'une maladie ou d'un problème de santé.			→ Si oui, précisez : _____
6	Votre enfant, bénéficie t'il actuellement d'une prise en charge médicale spécialisé (y compris pédopsychiatrique) ou paramédicale (psychologique, orthophonique, psychomotricité, ergo thérapeutique, kinési thérapeutique...)?			→ Si oui, précisez : _____
7	Votre enfant, suit-il un traitement médicamenteux ?			→ Si oui, précisez : _____

Difficultés visuelle et auditive

		NON	OUI	Précisions en cas de réponse OUI
8	Votre enfant porte t'il des lunettes ou lentilles ?			→ Si oui, pour quelle(s) raison(s) ? (myope, hypermétrope, astigmatisme...) _____ → Date du dernier renouvellement/ date de la dernière consultation ophtalmologique : _____
9	Votre enfant a t'il des problèmes d'audition ?			→ Si oui, précisez : _____

Allergies

		NON	OUI	Précisions en cas de réponse OUI
10	Votre enfant a t'il déjà présenté une réaction allergique ?			→ Si oui, précisez la nature de l'allergie et les symptômes présenté : _____ _____

Antécédents et maladies en cours

		NON	OUI	Précisions en cas de réponse OUI
11	Votre enfant souffre t'il/ ou a-t-il souffert d'une maladie respiratoire ou d'asthme ?			→ Si oui, précisez : _____
12	Votre enfant souffre t'il/ ou a-t-il souffert d'une maladie cardio-vasculaire			→ Si oui, précisez : _____
13	Votre enfant a-t-il déjà fait des malaises			→ Si oui, préciser le contexte, les explorations réalisées et le diagnostic finale _____
14	Votre enfant est il porteur d'un défibrillateur/ pace maker ?			→ Si oui, pour quelle raison : _____
15	Votre enfant souffre t'il de diabète ?			
16	Votre enfant souffre t'il ou a-t-il souffert d'une pathologie cancéreuse ?			→ Si oui précisez : _____

17	Votre enfant souffre t'il d'épilepsie ou a-t-il déjà présenté des crises d'épilepsie			→ Si oui, précisez la date de la dernière crise : _____
18	Votre enfant souffre t'il ou a-t-il déjà souffert de fracture, entorse grave, scoliose, maladie rhumatologique, problèmes ou douleurs articulaires ou dorsales ?			→ Si oui, précisez : _____
19	Votre enfant a-t-il déjà été opéré ?			→ Si oui, précisez la date et la nature de l'intervention : _____
20	Votre enfant a-t-il déjà été victime d'un accident (domestique, de la route...)			→ Si oui, précisez _____
21	Votre enfant souffre t'il ou a-t-il souffert d'une maladie neurologique ?			→ Si oui, Précisez _____
22	Votre enfant souffre t'il d'anxiété, de dépression, d'un autre trouble de l'humeur ou de trouble du comportement ?			→ Si oui, précisez. _____
23	Avez-vous autre chose à signaler ? (concernant la santé, le comportement, le caractère, la vie familiale)			→ Si oui, précisez : _____

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 inaptitude à la poursuite de la formation professionnelle dispensée, pendant le temps nécessaire.
Je déclare avoir pris connaissance de l'information ci-dessus.

Je m'engage à porter à la connaissance du médecin tout changement de l'état de santé de mon enfant survenu pendant la période de formation.

Fait à :

Le :

Signatures des parents

Signature de l'élève