



Direction des Services
Départementaux de
l'Éducation Nationale

Service de Promotion de la
Santé en Faveur des Élèves

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE,
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE

Nom du médecin de l'Éducation Nationale : *D^r Gaillard Gilles*

Etablissement scolaire : *LYCÉE PROFESSIONNEL*
Rue Caraculana
80210 GRANDVILLIERS

Questionnaire médical à remplir par les parents
(à remettre au médecin le jour de la visite médicale)

Votre enfant, dans le cadre de la formation professionnelle choisie, aura à travailler dans son établissement scolaire sur des machines, à utiliser des produits réglementés ou à être confronté à des situations à risque professionnel. S'agissant d'un élève mineur, et dans le cadre de la procédure de dérogation aux travaux réglementés par le code du travail (décret n° 2015-443 du 17 avril 2015 - article L 4153-9 du code du travail), l'avis du médecin de l'éducation nationale sur la compatibilité entre son état de santé et les tâches et travaux nécessaires à sa formation professionnelle est obligatoire. Il doit être mis à disposition de l'inspecteur du travail. A cet effet, il vous est demandé de remplir le questionnaire ci-dessous-défini au médecin en charge d'examiner votre enfant.

Vos réponses sont strictement confidentielles et soumises au secret médical.

RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉLÈVE

Nom : Prénom : Classe :

Date de naissance :

Adresse :

Code Postal : Ville :

n° de téléphone :

La mère est-elle en bonne santé ? OUI NON Profession :

Le père est-il 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(elle) déjà fait des convulsions ? OUI NON Si oui, à quel âge ? :
- A-t-il(elle) eu d'autres maladies neurologiques ? OUI NON S'agissait-il d'une méningite ? OUI NON
- A-t-il(elle) eu des maladies respiratoires ou allergiques ? OUI NON précisez :
- A-t-il(elle) eu des otites à répétition ? OUI NON
- A-t-il(elle) eu des problèmes de hanche ou de dos ? OUI NON précisez :
- Autres maladies importantes : OUI NON précisez :
- A-t-il(elle) eu des accidents ? OUI NON précisez :
- A-t-il(elle) été hospitalisé(e), voire opéré(e) ? OUI NON précisez :