

**Nom du médecin de l'Education Nationale :**

**Etablissement scolaire :**

Direction des Services  
Départementaux de  
l'Education Nationale de  
l'Oise

Service de Promotion de la  
Santé en Faveur des Elèves

Madame, Monsieur,

Votre enfant,

**Nom** : ..... **Prénom** : ..... **Classe** : .....

dans le cadre de la formation professionnelle choisie, travaille dans son établissement scolaire ou ses lieux de stages sur des machines, utilise des produits à usage réglementé ou peut 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° 2013-914 du 11 octobre 2013 – 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 tous les ans.

Il doit être transmis à l'inspecteur du travail.

A cet effet, il vous est demandé de remplir le questionnaire ci-dessous destiné au médecin de son établissement.

**Vos réponses sont strictement confidentielles et soumises au secret médical.**

Je vous remercie de bien vouloir compléter le questionnaire de santé ci-dessous, que vous voudrez bien remettre à l'infirmerie sous pli cacheté.

*Signature de l'infirmière ou du médecin de l'Education nationale*

*tournez la page, SVP*

**PROBLEMES DE SANTE PRESENTES PAR VOTRE ENFANT**  
**DEPUIS LA DERNIERE VISITE MEDICALE**

A-t-il(elle) présenté un problème de santé ? : OUI  NON

Est-il(elle) été souvent absent(e) ? ; merci de préciser les motifs d'absence : OUI  NON

A-t-il(elle) été hospitalisé(e) ? merci de préciser pour quelle raison : OUI  NON

A-t-il(elle) été victime d'un accident ? merci d'en préciser la nature : OUI  NON

Suit-il(elle) un traitement ? merci de préciser lequel et depuis quand : OUI  NON

Nom et coordonnées du médecin traitant :

*Si vous le souhaitez, le médecin de l'éducation nationale peut vous recevoir sur rendez-vous. Prenez contact à cet effet avec l'infirmierie de l'établissement scolaire.*

**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'élève :*

*signature des parents :*