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

Service de Promotion de la Santé en Faveur des Elèves

Avis médical sur l'aptitude d'un élève mineur à suivre une formation professionnelle nécessitant l'accès à des travaux règlementés

Médecin scolaire : ***Dr ……***

Lycée Professionnel Jules Verne

QUESTIONNAIRE MEDICAL

Nom : …….. Prénom : ……..
Date de naissance : …….
Classe : …… Formation professionnelle :……..
Poids : …….. Taille : …….

A votre connaissance :

Problème de vue :	☐ OUI	☐ NON	**Suivi :**	☐ OUI	☐ NON
Problème d'audition :	☐ OUI	☐ NON	**Suivi :**	☐ OUI	☐ NON
Problème dentaire :	☐ OUI	☐ NON	**Suivi :**	☐ OUI	☐ NON
Problème de dos (scoliose, corset …):	☐ OUI	☐ NON	**Suivi :**	☐ OUI	☐ NON
Problème respiratoire :	☐ OUI	☐ NON	**Suivi :**	☐ OUI	☐ NON
Problème allergies : (alimentaires, respiratoires, cutanées)	☐ OUI	☐ NON	**Suivi :**	☐ OUI	☐ NON
Problème cardio-vasculaire : (cœur, vaisseaux)	☐ OUI	☐ NON	**Suivi :**	☐ OUI	☐ NON
Problème digestif : (estomac, intestin)	☐ OUI	☐ NON	**Suivi :**	☐ OUI	☐ NON
Problème urinaire (vessie, reins) :	☐ OUI	☐ NON	**Suivi :**	☐ OUI	☐ NON
Problème de vertige en hauteur : (escabeau, échelle, chaise, tabouret …)	☐ OUI	☐ NON	**Suivi :**	☐ OUI	☐ NON
Problème de port de charges lourdes:	☐ OUI	☐ NON	**Suivi :**	☐ OUI	☐ NON

Traitement médical : ☐ OUI ☐ NON

- Pour diabète : ☐ OUI ☐ NON
- Pour épilepsie : ☐ OUI ☐ NON
- Pour troubles du sommeil : ☐ OUI ☐ NON
- Pour troubles du comportement (hyperactivité, troubles obsessionnels compulsifs) : ☐ OUI ☐ NON
- Pour asthme : ☐ OUI ☐ NON
- Pour allergies : ☐ OUI ☐ NON

Dossier MDPH : ☐ OUI ☐ NON

- Motif (dyslexie, AVS, 1/3 temps, handicap, …) …….

Activités sportives : ☐ OUI ☐ NON

Informations complémentaires : ……
……

Questionnaire confidentiel à remettre à l'infirmière du lycée une fois rempli. Merci à l'avance pour votre concours efficace.

Date : …… Signature de l'élève