

APTITUDE AUX TRAVAUX RÉGLEMENTÉS

**Questionnaire pour la visite médicale en 1ère année
à remplir par les responsables légaux ou tuteurs légaux de l'élève dans le cadre de
l'aptitude à suivre une formation professionnelle et obligatoire
(Code du travail : articles D4153-41 à D4153-47)**

Elève

Nom : Prénom :

Date de naissance : Classe :

Responsables légaux :

Nom : Prénom :

Téléphone :

Nom : Prénom :

Téléphone :

Votre enfant va suivre une formation professionnelle l'exposant à des travaux réglementés pour les mineurs (15 à 18 ans). Nous vous demandons de remplir le questionnaire ci-dessous en vue d'établir l'aptitude pour l'année scolaire 2021-2022.

**CE QUESTIONNAIRE DOIT ÊTRE OBLIGATOIREMENT REMPLI POUR SA FORMATION
ET REMIS SOUS PLI CONFIDENTIEL, AU PLUS TARD LE JOUR DE LA RENTRÉE**

Coordonnées du Médecin traitant :

.....
.....

Antécédents médicaux :

● Allergie :

Si oui, précisez

- respiratoire oui ☐ non ☐
- cutanée oui ☐ non ☐
- alimentaire oui ☐ non ☐

● Asthme oui ☐ non ☐

● Eczéma oui ☐ non ☐

● Epilepsie oui ☐ non ☐

● Diabète oui ☐ non ☐

● Maladie ostéo-articulaire oui ☐ non ☐

● Sensoriel :

- problème de vue oui ☐ non ☐
- problème d'audition oui ☐ non ☐

● Maladie cardiaque oui ☐ non ☐

● Toutes pathologies ou maladies qui vous semblent importantes à nous communiquer :

.....
.....

- A-t-il été hospitalisé, victime d'un accident ? Si oui, précisez :

.....
.....

- A-t-il eu une perte de connaissance, un traumatisme crânien ? Si oui, précisez :

.....
.....

Suivi actuel :

- A-t-il un suivi psychologique ? Si oui, précisez :

.....
.....

- A-t-il un suivi médical ? Si oui, précisez :

.....
.....

- A-t-il un traitement médical ? Si oui, précisez :

.....
.....

- Autres suivis ? Si oui, précisez : (**Si PAI : joindre la photocopie**)

.....
.....

- Hospitalisation ? Si oui, précisez :

.....
.....

Le jour de la visite médicale, nous vous demandons de confier à votre enfant son **carnet de santé (obligatoire)**, ses lunettes s'il en porte et copie de tous documents utiles en votre possession (copie de comptes rendus récents de radiographie, d'examen biologique, rapports médicaux, etc...).

INFORMATION IMPORTANTE :

La consommation de produits psychoactifs (alcool, cannabis, autres drogues) et de certains médicaments peut avoir des conséquences en cas d'utilisation de machines 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 :

Signatures du/des responsable(s) légal(aux) :

JOINDRE OBLIGATOIREMENT UNE PHOTOCOPIE DES PAGES DE VACCINATION
--

Ce questionnaire sera remis au médecin le jour de la visite