

QUESTIONNAIRE MEDICAL à remplir par les parents

A remettre sous enveloppe cachetée avec nom de l'élève le jour de l'inscription

A cet effet, il vous est demandé de remplir le questionnaire ci-dessous destiné au médecin en charge d'examiner votre enfant.

Vous mettez ce document complet sous enveloppe cachetée à l'attention du Médecin de l'Education Nationale.

NOM : _____ PRENOM : _____ CLASSE : _____

Date de naissance : _____

Adresse et n° de téléphone du père : _____

Adresse et n° de téléphone de la mère: _____

Nom et coordonnées du médecin traitant : _____

A-t-il déjà fait des convulsions ?	oui non	si oui, à quel âge ?
A-t-il eu d'autres maladies neurologiques ?	oui non	s'agissait-il d'une méningite ? oui non
A-t-il eu des maladies respiratoires ou allergiques ?	oui non	Précisez :
A-t-il eu des otites à répétition ?	oui non	
A-t-il eu des problèmes de hanche ou de dos ?	oui non	
Autres maladies importantes :		
A-t-il eu des accidents ?	oui non	Précisez :
A-t-il été hospitalisé, voire opéré ?	oui non	Précisez :

ETAT DE SANTE ACTUEL DE VOTRE ENFANT

En ce qui concerne les vaccinations, il est rappelé que l'autorisation de travail sur les machines dangereuses est conditionnée par une situation vaccinale à jour au regard des obligations prévues par la loi.

A-t-il souvent des rhumes, sinusites, angines, bronchites, otites ? oui non

Actuellement présente –t-il d'autres troubles ? (asthme, eczéma, allergie, urticaire, pertes de connaissances, malaises, problèmes de dos ou d'articulations, maux de tête, problème de vue ou de fatigue oculaire), veuillez préciser :

Est-il souvent absent ? : oui non

Est-il suivi par un médecin, un psychologue, un psychiatre ? : oui non

Suit-il un traitement ? oui non Précisez :

Votre enfant est-il intéressé par un métier ? : oui non Précisez :

Avez-vous autre chose à signaler ? (par ex : caractère, comportement, vie familiale....) :

Nous vous demandons de confier à votre enfant **son carnet de santé, carnet de vaccinations et copie de tous documents utiles** en votre possession (compte-rendu récents de radiographie, d'examen biologique, rapports médicaux, etc...)

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

INFORMATION IMPORTANTE

La consommation de produits psycho actifs (alcool, cannabis, autres drogues) et de certains médicaments peut avoir des conséquences sur les travaux règlementés ou lors de la 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.

A.....le.....

SIGNATURE DE L'ELEVE :

SIGNATURE DES PARENTS :