



**Questionnaire de santé à remplir par les parents**

Service Médical  
en Faveur des Elèves

Centre Médico Scolaire  
Secteur Saint-Benoît 2

Dossier suivi par :  
Le médecin scolaire

Téléphone :  
02 62 50 11 07

Courriel :  
[ce.9741211Y@ac-reunion.fr](mailto:ce.9741211Y@ac-reunion.fr)

Adresse :  
CMS Saint-Benoît 2  
1, rue François MITTERAND  
97470 Saint-Benoît  
Ile de La Réunion

Site internet :  
[www.ac-reunion.fr](http://www.ac-reunion.fr)

Téléphone de l'infirmerie du lycée :  
0262 92 95 31

Année scolaire : 2024 / 2025

1<sup>ère</sup> année de CAP

2<sup>nde</sup> Bac Pro

1<sup>ère</sup> Bac Pro

Dans le cadre de sa formation professionnelle, votre enfant aura à utiliser des équipements et/ou des produits entrant dans le cadre des travaux réglementés. Etant mineur, il doit obligatoirement obtenir au préalable un avis médical d'aptitude délivré par le médecin de l'éducation national (art 4153-40 du code du travail).

**Merci de COMPLETER le questionnaire ci-dessous et de le remettre à votre enfant accompagné du CARNET DE SANTE le jour de la VISITE MEDICALE OBLIGATOIRE.**

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

Nom et prénom de l'élève : .....

Né(e) le : .....

Formation suivie : .....

Classe : .....

Nom et prénom des responsables légaux.....

Téléphone : .....

Courriel : .....

Nom et coordonnées du médecin traitant : .....

.....

**1. Maladies présentées antérieurement par votre enfant**

A-t-il déjà fait des convulsions ?  non  oui

Si oui, à quel âge ?.....

A-t-il eu d'autres maladies neurologiques ?  non  oui

Si oui, s'agissait-il d'une méningite ?  non  oui

A-t-il eu des maladies respiratoires ou allergiques ?  non  oui

Si oui, précisez : .....

A-t-il eu des problèmes de hanche ou de dos ?  non  oui

A-t-il eu des accidents ?  non  oui

Si oui, précisez.....

A-t-il été hospitalisé, opéré ?  non  oui

Si oui, précisez.....

**2. ACTUELLEMENT, votre enfant présente-t-il :**

- des problèmes de vue ou de fatigue oculaire?  non  oui  
    Porte-t-il des lunettes ou des lentilles ?  non  oui
- des problèmes d'audition ?  non  oui .....
- de l'asthme  non  oui .....
- de l'allergie  non  oui .....
- Si oui, savez-vous ce qui déclenche cette allergie ?.....
- de l'eczéma, de l'urticaire  non  oui .....
- des vertiges, des pertes de connaissance, des malaises  non  oui .....
- des problèmes de dos ou d'articulations  non  oui .....
- des maux de tête  non  oui .....
- Une dispense d'EPS  non  oui  
    Si oui, pourquoi ?.....
- Votre enfant est-il souvent absent ?  non  oui  
    Si oui, pourquoi ? .....
- Votre enfant est-il suivi par un spécialiste, un psychologue, un psychiatre, un orthophoniste, un orthoptiste....?  non  oui  
    Si oui, précisez.....
- A-t-il un traitement ?  non  oui  
    Si oui, précisez.....
- Avez-vous autre chose à signaler sur la santé de votre enfant?.....  
.....

**3. Vaccinations rappel** : tout élève doit être à jour des vaccinations et rappels obligatoires prévus par la Loi

**4. 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 ...../2024

Signature de l'élève :

Signature des parents/responsables légaux :