

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

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

Site internet :
www.ac-reunion.fr

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

Année :

1^{ère} année de CAP

2^{nde} Bac Pro

1^{ère} 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 nationale (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 ?.....
-

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/2026

Signature de l'élève :

Signature des parents :