



**RÉGION ACADÉMIQUE
LA RÉUNION**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Annexe n°7A

**QUESTIONNAIRE DE SANTE
A remplir par les parents ou les responsables légaux**

Année scolaire :

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 medical d'aptitude délivré par le médecin de l'éducation nationale (art 4153-40 du code du travail) .

Nom et prénom de l'élève.....
Né(e) le.....
Formation suivie :
Classe :

Nom et prénom des responsables légaux
.....
Tél. 0262..... 0692..... 0692.....
Courriel :@.....
Nom et coordonnées du médecin traitant :
.....

Merci de COMPLETER LE QUESTIONNAIRE ci-dessous et de le remettre à votre enfant accompagné du CARNET DE SANTE le jour de la visite médicale.

Vos réponses sont strictement confidentielles, soumises au secret professionnel.

1. Maladies présentées antérieurement par votre enfant :

A-t-il déjà eu 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 ? 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.....
- Votre enfant a-t-il un traitement ? non oui
Si oui, précisez.....
- Avez-vous autre chose à signaler ?

3. Vaccination 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

Signature de l'élève :

Signature des parents