

Nom/Prénom de l'élève.....
Né(e) le.....
Classe.....

M. Le Proviseur HAMARD Laurent,

Aux responsables de l'enfant ci-dessus,

Dans le cadre de sa formation professionnelle, votre enfant mineur va utiliser des machines ou des produits dangereux. (L'élève doit avoir 15 ans révolus le jour de la visite)

L'avis du médecin scolaire **est obligatoire** (code du travail (R 234-11 à R 234-23))

L'élève qui n'aura pas fait sa visite médicale ne sera pas autorisé à se rendre en stage et donc ne pourra pas valider son année.

Aucune absence à cette visite médicale ne sera possible sans raison valable (hospitalisation, maladie grave..)

Si votre enfant change de filière en cours d'année il devra impérativement voir à nouveau le médecin scolaire.

Votre enfant sera convoqué par le médecin scolaire dans le courant du premier trimestre.

Il devra se munir ce jour là de :

- son carnet de santé (**OBLIGATOIRE**)
- Cet imprimé avec le questionnaire signé par les parents

ATTENTION

La consommation de zamal, d'alcool ou de certains médicaments est interdite dans le lycée et peut avoir des conséquences lors de l'utilisation de machines ou d'outils.

Signature des responsables

Signature de l'élève

1 Vue – audition :

Votre enfant a t'il des problèmes de vision ? NON OUI
Lunettes NON OUI Lentilles NON OUI
A t'il des problèmes d'audition ? NON OUI Appareil auditif NON OUI

2 Activités physiques :

Votre enfant est il dispensé d'éducation physique (sport) ? NON OUI
Si oui, pourquoi

3 Perte de connaissances :

Votre enfant a t'il déjà eu des vertiges, perte de connaissances ou fait il des malaises ? NON
OUI
Si oui, est il suivi pour ce problème ? NON OUI

4 Allergies

Votre enfant a t il un terrain allergique ? NON OUI
Asthme Eczema urticaire Oedème de quincke Conjonctivite
Rhume des foins Autre

Savez vous ce qui déclenche cette allergie ?.....

5 Traitements :

Prend il un traitement régulier ? NON OUI
Nom du médicament :.....

6 Votre enfant est il suivi dans une consultation spécialisée en ce moment ?

Kinésithérapie Orthophoniste Orthoptie Psychologue Autres
Et si oui pour quels motifs :.....

7 A t'il déjà été hospitalisé ? NON OUI Date.....

Motif.....

A t'il déjà eu un accident ? NON OUI Date.....

Quelles blessures ?.....

8 A t'il un P.A.I (Projet d'accueil individualisé pour asthme, diabète, allergie, épilepsie, autres) ?

NON OUI

9 A t'il une reconnaissance MDPH (handicap) ? NON OUI

10 A t'il des problèmes de santé ou des soucis qui le tracassent ? NON OUI

Si oui lesquels ?.....

11 Quel métier envisage votre enfant ?.....

Est ce que la section choisit est son 1^{er} vœu ? NON OUI

Date :/...../.....

Signature des responsables :