



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

Année : .....

lère STI2D

Terminale STI2D

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'Education 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 médical.*

**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 ? .....

1. **Vaccination rappel** : tout élève doit être à jour des vaccinations et rappels obligatoires prévus par la loi.

2. **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 :