

Année scolaire 2024/2025

NOM et Prénom de l'élève :

Classe :



- Fiche de renseignements médicaux confidentiels
- Copie des vaccinations
- Dérogation « Machines dangereuses » (sauf ASSP)

Nota : Remplir et **SIGNER** la fiche. La glisser dans l'enveloppe,
Cacheter l'enveloppe.

**Ce dossier est à fournir avec le dossier
d'inscription.**

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONFIDENTIELS
A remettre à l'attention de l'infirmière scolaire, accompagnée de la copie des vaccinations

Année scolaire
2024 - 2025

L'élève :

NOM :Prénoms :

Date de naissance : Classe.....

En cas d'urgence, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides :

	Responsable légal 1	Responsable légal 2	Autre personne à prévenir en cas d'urgence
Adresse			
N° téléphone : Domicile Professionnel Portable			
Lien familial ou non avec l'élève			

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Si l'élève est malade sans caractère d'urgence, le responsable légal (ou une personne désignée par celui-ci) doit venir le chercher à l'Infirmierie et signer le registre de sortie.

Médecin traitant :Tél. :
Adresse :

Votre enfant :

- **A-t-il une pathologie ?**

- Asthme	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Diabète	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Epilepsie	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Hémophilie	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Eczéma	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Spasmophilie	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Tétanie	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Autres (précisez) : _____		

Si oui, a-t-il un traitement spécifique en lien avec ces maladies ?

- Oui (préciser) : _____
 Non

- Est-il atteint d'un handicap ou d'une maladie invalidante pouvant nécessiter des aménagements particuliers dans le cadre scolaire ? Oui Non

- Votre enfant a-t-il déjà bénéficié d'un :

Projet d'Accueil Individualisé. Projet Personnalisé de Scolarisation

Si oui, pour quelles raisons : _____

- A-t-il déjà bénéficié d'un suivi orthophonique ? Oui Non

- Souffre t-il d'une allergie ? Oui Non

Si oui, laquelle ou lesquelles : _____

Si votre enfant est atteint d'une maladie ou d'un problème de santé susceptible d'avoir un retentissement sur sa vie au sein de l'établissement, veuillez le signaler et prendre contact avec l'infirmière de l'établissement.

De plus, l'élève ne doit en aucun cas garder un médicament sur lui :

TOUT TRAITEMENT DOIT ETRE DEPOSE A L'INFIRMERIE AVEC L'ORDONNANCE.

Vu et pris connaissance,

Le représentant légal,

Date :

Signature :

Nom du médecin de l'Éducation Nationale :



Direction des Services
Départementaux de
l'Éducation Nationale

Service de Promotion de la
Santé en Faveur des Élèves

Etablissement scolaire :



LYCEE DES METIERS DU MARQUENTERRE
2 rue du marais - BP 40029
80120 RUE
☎ 03.22.25.34.34 ☎ 03.22.25.04.88
Ce.0801739f@ac-amiens.fr

Questionnaire médical à remplir par les parents
(à remettre au médecin le jour de la visite médicale)

Votre enfant, dans le cadre de la formation professionnelle choisie, aura à travailler dans son établissement scolaire sur des machines, à utiliser des produits réglementés ou à être confronté à des situations à risque professionnel. S'agissant d'un élève mineur, et dans le cadre de la procédure de dérogation aux travaux réglementés par le code du travail (décret n° 2015-443 du 17 avril 2015 – article L 4153-9 du code du travail), l'avis du médecin de l'éducation nationale sur la compatibilité entre son état de santé et les tâches et travaux nécessaires à sa formation professionnelle est obligatoire. Il doit être mis à disposition de l'inspecteur du travail. A cet effet, il vous est demandé de remplir le questionnaire ci-dessous- destiné au médecin en charge d'examiner votre enfant.

Vos réponses sont strictement confidentielles et soumises au secret médical.

RENSEIGNEMENTS SUR L'ELEVE

Nom : _____ **Prénom :** _____ **Classe :** _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____

Ville : _____

n° de téléphone : _____

La mère est-elle en bonne santé ? OUI NON Profession : _____

Le père est-il en bonne santé ? OUI NON Profession : _____

Nombre de frères et sœurs : _____

Nom et coordonnées du médecin traitant : _____

MALADIES PRESENTEES ANTERIEUREMENT PAR VOTRE ENFANT

A-t-il(elle) déjà fait des convulsions ? : OUI NON Si oui, à quel âge ? :

A-t-il(elle) eu d'autres maladies neurologiques ? : OUI NON S'agissait-il d'une méningite ? : OUI NON

A-t-il(elle) eu des maladies respiratoires ou allergiques ? OUI NON précisez :

A-t-il(elle) eu des otites à répétition ? : OUI NON

A-t-il(elle) eu des problèmes de hanche ou de dos ? : OUI NON précisez :

Autres maladies importantes : OUI NON précisez :

A-t-il(elle) eu des accidents ? : OUI NON précisez :

A-t-il(elle) été hospitalisé(e), voire opéré(e) ? : OUI NON précisez :

ETAT DE SANTE ACTUEL DE VOTRE ENFANT

En ce qui concerne les vaccinations, il est rappelé que l'autorisation d'affectation à des travaux réglementés est conditionnée par une situation vaccinale à jour au regard des obligations prévues par la loi.

A-t-il(elle) souvent des rhumes, sinusites, angines, bronchites, otites ? : OUI NON

Actuellement, présente-t-il(elle) d'autres troubles actuellement (asthme, eczéma, allergie, urticaire, pertes de connaissance, malaises, problèmes de dos ou d'articulations, maux de tête, problèmes de vue ou de fatigue oculaire) ? ; merci de préciser : OUI NON

Est-il(elle) souvent absent(e) ? ; merci de préciser les motifs d'absence : OUI NON

Est-il(elle) suivi(e) par un médecin, un psychologue, un psychiatre ? merci de préciser pour quelle raison : OUI NON

Suit-il(elle) un traitement ? merci de préciser lequel : OUI NON

Avez-vous autre chose à signaler (par ex : caractère, comportement, vie familiale,...) ? merci de préciser lequel : OUI NON

Nous vous demandons de confier à votre enfant son carnet de santé et copie de tous documents utiles en votre possession (comptes rendus récents de radiographie, d'examen biologique, rapports médicaux, etc...).

Si vous le souhaitez, le médecin de l'éducation nationale peut vous recevoir sur rendez-vous. Prenez contact à cet effet avec l'infirmerie de l'établissement scolaire.

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 :