

APTITUDE AUX TRAVAUX RÉGLEMENTÉS

(Pour les élèves mineurs des sections industrielles, logistique)



Questionnaire pour la visite médicale en 1ère année à remplir par les parents ou tuteurs légaux de l'élève dans le cadre de l'aptitude à suivre une formation professionnelle et obligatoire.

(Code du travail : articles D4153-41 à D4153-47)

Élève :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Section suivie :

Responsable légaux :

Nom :

Prénom :

Nom :

Prénom :

Votre enfant va suivre une formation professionnelle exposant à des travaux réglementés pour les élèves mineurs (de 15 à 18 ans).

Nous vous demandons de nous retourner le questionnaire ci-dessous en vue d'établir l'aptitude pour l'année scolaire.

CE QUESTIONNAIRE DOIT ÊTRE OBLIGATOIREMENT REMPLI POUR LA POURSUITE DE SA FORMATION

Coordonnées du Médecin traitant :

.....

Antécédent médicaux :

Si oui, précisez :

- | | | | |
|---|-----------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| • Allergie : | Respiratoire | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON..... |
| | - Cutanée | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON..... |
| | - Alimentaire | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON..... |
| • Asthme | | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON..... |
| • Eczéma | | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON..... |
| • Épilepsie | | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON..... |
| • Diabète | | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON..... |
| • Maladie ostéo-articulaire | | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON..... |
| • Sensoriel : | problème de vue | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON..... |
| | - Problème d'audition | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON..... |
| • Maladie cardiaque | | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON..... |
| • Toutes pathologies ou maladies qui vous semblent importantes à nous communiquer : | | | |

.....

- A-t-il été hospitalisé, victime d'un accident ? Si oui précisez :

.....

- **A-t-il eu une perte de connaissance, un traumatisme crânien ? Si oui, précisez :**

.....

Suivi actuel :

- **A-t-il un suivi psychologique, si oui, précisez :**

.....

- **A-t-il un suivi médical, si oui, précisez :**

.....

- **A-t-il un traitement médical, si oui, précisez :**

.....

- **Autres suivis :**

.....

- **Hospitalisation, si oui, précisez :**

.....

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

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 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

À.....

Le.....

Signature de l'élève :

Signature des parents :

JOINDRE UNE PHOTOCOPIE DES PAGES DE VACCINATION

Questionnaire obligatoire à remettre au médecin le jour de la visite