

Questionnaire médical

à remplir par les parents **et à remettre au médecin le jour de la visite médicale**

Vos réponses sont strictement confidentielles, soumises au secret médical.

Nom : Prénom :

Classe : Date de naissance :

Depuis sa naissance, votre enfant

A-t-il fait des convulsions ? non oui si oui, à quel âge ?

A-t-il eu d'autres maladies neurologiques ? non oui

A-t-il eu des maladies respiratoires ou allergiques ? non oui précisez :

A-t-il eu des problèmes de dos ou d'articulations ? non oui

Autres maladies importantes :

A-t-il eu des accidents ? non oui précisez :

A-t-il été hospitalisé, opéré ? non oui précisez :

Actuellement,

Présente-t-il une maladie particulière ? (asthme, eczéma, allergie, urticaire, perte de connaissance, malaise, problème de dos ou d'articulation, maux de tête, problème de vue ou de fatigue oculaire), veuillez préciser :

Est-il souvent absent ? non oui

Est-il suivi par un médecin, un psychologue, un psychiatre ? non oui

Suit-il un traitement ? non oui veuillez préciser :

Avez-vous autre chose à signaler ?

En ce qui concerne les vaccinations, il est rappelé que l'autorisation de travail sur les machines dangereuses est conditionnée par une situation vaccinale à jour au regard des obligations prévues par la loi.

Information importante

La consommation de produits psycho actifs (alcool, cannabis, autres drogues) et de certains médicaments peut avoir des conséquences sur les travaux réglementés. 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 des parents :

Signature de l'élève :