

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

*A remplir par les parents ou tuteurs légaux de l'enfant
Dans le cadre de l'aptitude à suivre une formation professionnelle
(Code du travail : articles D4153-41 à D4153-47)*

Carnet de santé indispensable

Nom et prénom de l'élève.....

Né(e) le :/...../.....

Adresse :

Téléphone des représentants légaux :

Classe et section :

Coordonnées du médecin traitant :

A-t-il un Projet personnalisé de scolarisation : oui non

Maladies : (cocher oui ou non)

Allergie : Respiratoire oui non

Cutanée oui non

Alimentaire oui non

Asthme oui non

Eczéma, urticaire oui non

Epilepsie oui non traitement :

Diabète oui non

Problème de dos, Scoliose ou autre : oui non

Si oui précisez

Maladie ostéo-articulaire autre, épaules, genoux, chevilles oui non

Si oui Précisez :

Sensoriel : problèmes de vue oui non porte des lunettes : oui non

Problèmes d'audition oui non appareillé : oui non

Cardiaque oui non

Toutes pathologies ou maladies, accidents qui vous semblent importantes à nous communiquer :

.....

.....

Suivi actuel :

A-t-il un suivi psychologique oui non

Précisez.....
.....

A-t-il un suivi médical oui non

Précisez.....
.....

A-t-il un traitement médical oui non

Précisez.....
.....

Autres suivis oui non

Précisez.....
.....

Hospitalisation oui non : quand

Précisez la raison :.....
.....

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 compte-rendu 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.

A..... le.....

Signature de l'élève

Signatures des parents

A remettre sous pli cacheté pour le service de santé de l'établissement scolaire.

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX de renouvellement

A remplir par les parents ou tuteurs légaux de l'enfant

Dans le cadre de l'aptitude à suivre une formation professionnelle et obligatoire

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

Nom et prénom de l'élève.....

Né(e) le :/...../.....

Classe et section :

Depuis la dernière visite médicale, votre enfant a-t-il eu des problèmes de santé ? oui non

Si oui précisez :

Suit-il un traitement ? oui non

Si oui lequel :

A-t-il eu un accident ? oui non

Si oui précisez :

A-t-il été hospitalisé ? oui non

Si oui précisez ou et combien de temps :

Avez-vous d'autres informations à nous communiquer au sujet de sa santé.

Date et signature du représentant légal de l'élève.

A remettre sous pli cacheté pour le service de santé de l'établissement scolaire.