

## 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.*