

Questionnaire médical

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 hanche ou de dos ? ☐ 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 règlementés. 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 :