

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

VISITE D'APTITUDE

Année Scolaire 2026-2027

Établissement scolaire :

Nom du Médecin de l'éducation nationale :

Année scolaire :

Questionnaire médical à remplir par les responsables légaux

Votre enfant, dans le cadre de sa formation professionnelle, aura à travailler sur des machines dangereuses ou à utiliser des produits dangereux.

Pour qu'un(e) élève mineur(e) puisse procéder aux travaux réglementés normalement interdits aux jeunes de moins de 18 ans, un avis du médecin de l'éducation nationale doit être obligatoirement transmis à l'inspecteur du travail (article R. 4153-48 du code du travail).

A cet effet, il vous est demandé de remplir le questionnaire ci-dessous, destiné au médecin en charge d'examiner votre enfant.

Vos réponses sont strictement confidentielles, soumises au secret médical.

Vous mettrez ce document complet sous enveloppe cachetée libellée à l'attention du médecin de l'éducation nationale, afin qu'elle soit remise à l'infirmier(e) de l'établissement scolaire.

IDENTITÉ DE L'ÉLÈVE

Nom : Prénom :

Date de naissance : Classe (année scolaire 2026-2027) :

Adresse postale :

Numéro de téléphone portable :

• Le père est-il en bonne santé ? OUI NON
Si **NON**, précisez :

• La mère est-elle en bonne santé ? OUI NON
Si **NON**, précisez :

• Les frères et sœurs sont-ils en bonne santé ? OUI NON
Si **NON**, précisez :

MEDECIN TRAITANT :

Nom : Numéro de téléphone :

Antécédents médicaux de votre enfant :

- A-t-il déjà fait des convulsions ? NON OUI
Si OUI, à quel âge :
- A-t-il eu des maladies respiratoires ou allergiques ? NON OUI
Si OUI, précisez :
- A-t-il fait des otites à répétition ? NON OUI
- Autres maladies importantes :
- A-t-il eu des accidents ? NON OUI
Si OUI, précisez :
- A-t-il été hospitalisé ou opéré ? NON OUI
Si OUI, précisez :
- A-t-il déjà consulté un orthophoniste, un ergothérapeute ou un psychomotricien ? NON OUI
Si OUI, pourquoi ?
- A-t-il ensuite bénéficié d'un suivi auprès de ce spécialiste ? NON OUI
Si OUI, précisez le nom et la durée :
- A-t-il déjà consulté un neurologue, un pédo-psychiatre, un psychiatre ou un psychologue ? NON OUI
Si OUI, pourquoi ?
- A-t-il bénéficié ensuite d'un suivi auprès de ce spécialiste ? NON OUI
Si OUI, précisez le nom et la durée :
- A-t-il bénéficié d'un suivi en CAMSP, CMP, CMPP ou Hôpital de Jour ? NON OUI
Si OUI, précisez le lieu et la durée :

Vaccinations : (cf carnet de santé ou de vaccinations)

Il est rappelé que l'autorisation de travail sur machines dangereuses est conditionnée par une situation vaccinale à jour au regard des obligations prévues par la loi.

Etat de santé actuel de votre enfant :

- A-t-il souvent des rhumes, sinusites, angines, bronchites ou otites ? NON OUI

- Actuellement présente-t-il d'autres troubles (si oui cochez la case correspondante et précisez) ?
 - asthme,eczéma, allergie, urticaire :
 - pertes de connaissance malaises :
 - problèmes de dos, d'articulations :
 - maux de tête :
 - problèmes de vue ou de fatigue oculaire :

- Est-il souvent absent ? NON OUI

- Est-il suivi par un médecin, un psychologue ou un psychiatre ? NON OUI
Si OUI, précisez :

- Suit-il un traitement médicamenteux ? NON OUI
Si OUI, précisez :

- Bénéficie-t-il actuellement d'une autre prise en charge ou d'une rééducation ? NON OUI
Si OUI, précisez :

- votre enfant est-il intéressé par un métier ? NON OUI
Précisez :

- Avez-vous d'autres éléments à signaler (caractère, comportement, vie familiale, etc...) ?
.....
.....

Nous vous remercions de bien vouloir confier à votre enfant son carnet de santé et copie de tous les documents utiles en votre possession (comptes-rendus récents de radiographie,d'examens biologiques, rapports médicaux, etc).

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

VISITE D'APTITUDE

Année Scolaire 2026-2027

Informations importantes :

La consommation de produits psycho-actifs (alcool, cannabis, autres drogues) et de certains médicaments peut avoir des conséquences graves en cas d'utilisation de machines dangereuses et de conduites d'engins.

Elle peut entraîner une inaptitude à la poursuite de la formation professionnelle dispensée, pendant le temps nécessaire.

Tout avis d'aptitude est délivré sous réserve de l'exactitude des renseignements médicaux transmis au médecin scolaire dans leur intégralité.

Je déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessus.

Signature de l'élève

A, le



Signature responsable légal 1

et / ou

Signature responsable légal 2

Nom :

Nom :

A, le

A, le



Vos informations personnelles sont conservées de façon sécurisée dans un cadre de confiance pendant la durée réglementée et strictement nécessaire aux traitements (Référence BOEN N° 24 du 16 juin 2005). L'accès à vos données personnelles est strictement limité aux personnels de santé de l'établissement.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée par la loi 2018-493 du 20 juin 2018 et au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 sur la protection des données, Vous-même - et votre enfant s'il a plus de 15 ans - avez le droit d'accéder à vos données personnelles et le droit de les rectifier en formulant une demande écrite au proviseur du lycée ou Rectorat de Dijon, Délégué à la protection des données, 2G rue du général Delaborde, 21 000 Dijon (dpd@ac-dijon.fr).

Les données mentionnées sur la présente fiche sont conservées par l'établissement scolaire durant l'année scolaire afin de permettre la délivrance à votre enfant mineur d'un avis médical d'aptitude préalable à l'exposition à des travaux réglementés. A l'issue de ce délai, les données renseignées seront supprimées.