

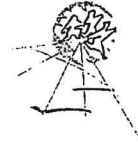


RÉGION ACADÉMIQUE  
AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

MINISTÈRE  
DE L'ÉDUCATION NATIONALE  
ET DE LA JEUNESSE  
MINISTÈRE  
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,  
DE LA RECHERCHE  
ET DE L'INNOVATION



Liberté - Égalité - Fraternité  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE



Nom .....  
Prénom :.....  
Classe : .....4.....

Visite médicale **OBLIGATOIRE** avec  
**CARNET DE SANTÉ** et  
**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

## 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 qui nécessite l'utilisation de machines, ou la confrontation à des situations à risque professionnel.*

*(décret n° 2015-443 du 17 avril 2015-article L 4153-9 du code du travail)*

Carnet de santé indispensable et présence obligatoire

Nom et prénom de l'élève.....

Né(e) le : ...../...../.....

Adresse : .....

Téléphone des représentants légaux : .....

Classe et section : .....

Coordonnées du médecin traitant : .....

Maladies : (entourer 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

Maladie ostéo-articulaire            oui    non

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 non oui : 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