

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

*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)*

### Carnet de santé indispensable

#### **L'élève :**

Nom et prénom de l'élève :

Né(e) le :

Adresse :

Téléphone des représentants légaux :

Classe :

Coordonnées du médecin traitant :

#### **Maladies : (cochez oui ou non)**

**Allergie :** Respiratoire :  oui  non    Cutanée :  oui  non    Alimentaire :  oui  non

**Asthme :**  oui  non

**Eczéma, urticaire :**  oui  non

**Neurologique**  oui  non

**Épilepsie :**  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 important de nous communiquer :

## SUIVI ACTUEL

L'élève a-t-il un suivi psychologique ?  oui  non

Si oui, précisez :

L'élève a-t-il un suivi médical ?  oui  non

Si oui, précisez :

L'élève suit-il un traitement médical ?  oui  non

Si oui, précisez :

Autres suivis ?  oui  non

Si oui, précisez :

Hospitalisation ?  oui  non Si oui, quand ?

Si oui, 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 les documents utiles en votre possession (copie de compte-rendu récent 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, Elles 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 :

Signature des parent(s) :

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