

### APTITUDE AUX TRAVAUX REGLEMENTÉS

Questionnaire pour la visite médicale en 1ère année  
à remplir par les parents ou tuteurs légaux de l'élève 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 obligatoire

<b>Elève</b> Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : ..... Section suivie : .....
<b>Responsable légaux :</b> Nom : ..... Prénom : ..... Téléphone : ..... Nom : ..... Prénom : ..... Téléphone : .....

Votre enfant va suivre une formation professionnelle l'exposant à des travaux règlementés pour les mineurs (15 à 18 ans). Nous vous demandons de remplir le questionnaire ci-dessous en vue d'établir l'aptitude pour l'année scolaire 202..-202..

**CE QUESTIONNAIRE DOIT ETRE OBLIGATOIREMENT REMPLI POUR SA FORMATION**

Coordonnées du Médecin traitant :

.....  
.....  
.....

Antécédents médicaux :

- Allergie : Si oui, précisez
  - respiratoire                      oui  non  .....
  - cutanée                              oui  non  .....
  - alimentaire                        oui  non  .....
  
- Asthme                              oui  non  .....
  
- Eczéma                                oui  non  .....
  
- Epilepsie                            oui  non  .....
  
- Diabète                                oui  non  .....
  
- Maladie ostéo-articulaire        oui  non  .....
  
- Sensoriel :
  - problème de vue                oui  non  .....
  - problème d'audition            oui  non  .....
  
- Maladie cardiaque                oui  non  .....
  
- Toutes pathologies ou maladies qui vous semblent importantes à nous communiquer :  
.....  
.....



RÉGION ACADÉMIQUE  
OCCITANIE

MINISTÈRE  
DE L'ÉDUCATION NATIONALE  
ET DE LA JEUNESSE

MINISTÈRE  
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,  
DE LA RECHERCHE  
ET DE L'INNOVATION

- A-t-il été hospitalisé, victime d'un accident ? Si oui, précisez :  
.....  
.....
- A-t-il eu une perte de connaissance, un traumatisme crânien ? Si oui, préciser :  
.....  
.....

Suivi actuel :

- A-t-il un suivi psychologique ? Si oui, précisez :  
.....  
.....
- A-t-il un suivi médical ? Si oui, précisez :  
.....  
.....
- A-t-il un traitement médical ? Si oui, précisez :  
.....  
.....
- Autres suivis ? Si oui, précisez :  
.....  
.....
- Hospitalisation ? Si oui, précisez :  
.....  
.....

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 comptes rendus récents de radiographie, d'examen biologique, rapports médicaux, etc...)

INFORMATION IMPORTANTE :

La consommation de produits psychoactifs (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 :

**JOINDRE UNE PHOTOCOPIE DES PAGES DE VACCINATION**  
**Questionnaire obligatoire à remettre au médecin le jour de la visite**