



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



Département : 66

Service médical en faveur des élèves

Nom du médecin de l'éducation nationale :

Etablissement scolaire :

Lettre aux parents

Votre enfant, dans le cadre de la formation professionnelle choisie, aura à travailler dans son établissement scolaire sur des machines ou à utiliser des produits à risque.

S'agissant d'un élève mineur, et dans le cadre de la procédure de dérogation aux travaux réglementés par le code du travail (décret n° 2013-914 du 11 octobre 2013 – article L 4153-9 du code du travail), **l'avis du médecin de l'éducation nationale** sur la compatibilité entre son état de santé et les tâches et travaux nécessaires à sa formation professionnelle est **obligatoire**. Il doit être transmis à l'inspecteur du travail.

Nous insistons sur le fait que ces informations sont couvertes par le secret médical et ne sont pas communicables à un tiers.

Vous voudrez bien mettre ce (ces) document(s) **sous enveloppe cachetée** à l'attention du médecin de l'éducation nationale, et la confier au secrétariat de l'établissement qui transmettra.

Nous vous remercions de votre contribution et restons à votre disposition pour toute précision que vous souhaitez.

Fiche de renseignements médicaux

À remplir par les parents ou tuteurs légaux de l'enfant

Nom et prénom de l'élève..... Classe :

Né(e) le :

Adresse :

Téléphone (s) :

Le père est-il en bonne santé ? : Oui ☐ non ☐ Profession :

La mère est-elle en bonne santé ? : oui ☐ non ☐ Profession :

Nombre de frères et sœurs :

Nom et coordonnées du médecin traitant :

1. Maladies présentées antérieurement par votre enfant :

☐ a-t-il déjà fait des convulsions ? non ☐ oui ☐ si oui, à quel âge ?

☐ a-t-il eu d'autres maladies neurologiques ? non ☐ oui ☐
s'agissait-il d'une méningite ? oui ☐ non ☐

☐ a-t-il eu des maladies respiratoires ou allergiques ? non ☐ oui ☐ précisez :.....

☐ a-t-il fait des otites à répétition ? non ☐ oui ☐
☐ 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, voire opéré, ... ? non ☐ oui ☐ précisez :

2. Vaccinations :

Il est rappelé que l'accès aux travaux réglementés est conditionné par une situation vaccinale à jour au regard des obligations prévues par la Loi.

3. État de santé actuel de votre enfant :

☐ a-t-il souvent des rhumes, sinusites, angines, bronchites, otites ? non ☐ oui ☐

☐ actuellement présente-t-il d'autres troubles ? (soulignez et précisez)

- asthme :
.....
.....
- eczéma, allergie, urticaire :
.....
.....
- pertes de connaissance, malaises :
.....
.....
- problèmes de dos ou 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, un psychiatre ? non ☐ oui ☐

☐ suit-il un traitement ? non ☐ oui ☐ précisez :.....

☐ votre enfant est-il intéressé par un métier ? non ☐ oui ☐

Précisez :.....

☐ avez-vous autre chose à signaler ?

(Par exemple : caractère, comportement, vie familiale,...)

Nous vous demandons de confier à votre enfant son carnet de santé et copie de tous documents utiles en votre possession (copie de compte-rendu récents de radiographie, d'examen biologique, rapports médicaux, etc.)

Si la situation médicale de l'élève évolue entre la distribution du dossier et la visite médicale d'aptitude,

merci d'informer les infirmières ou médecin scolaire.

Si vous le souhaitez, le médecin de l'éducation nationale peut vous recevoir sur rendez-vous. Prenez contact à cet effet avec l'infirmier de l'établissement scolaire.

4. 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 dangereuses 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 :

Signature des parents

Mettre ce document sous enveloppe cachetée à l'attention du médecin de l'éducation nationale, et la confier au secrétariat de l'établissement qui transmettra.

