**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 et obligatoire**

(Code du travail : articles D4153-41 à D4153-47)

**Carnet de santé indispensable**

Nom et prénom de l’élève…………………………………………………………………………………………..............

Né(e) le : ……/……/……

Adresse :…………………………………………………………………………………………………………………………………

Téléphone des représentants légaux : ……………………………………………………………………………………

Classe et section :……………………………………………………………………………………………………………………

Coordonnées du médecin traitant :…………………………………………………………………………………………

Antécédents médicaux :

* Allergie : 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 : problèmes de vue oui [ ]  non [ ]

 Problèmes d’audition oui [ ]  non [ ]

* Cardiaque oui [ ]  non [ ]
* Toutes pathologies ou maladies 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 oui [ ]  non [ ]

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 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 :**