

APTITUDE AUX TRAVAUX REGLEMENTÉS

Questionnaire pour la visite médicale en 1^{ère} 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

Elève

Nom : Prénom :
Date de naissance : Section suivie :

Responsable légaux :

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 :

- | | Si oui, précisez |
|--|--|
| • <u>Allergie :</u> | |
| - respiratoire | oui non <input type="checkbox"/> |
| - cutanée | oui non <input type="checkbox"/> |
| - alimentaire | oui non <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Asthme | oui non <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Eczéma | oui non <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | oui non <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Diabète | oui non <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Maladie ostéo-articulaire | oui non <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> <u>Sensoriel :</u> | |
| - problème de vue | oui non <input type="checkbox"/> |
| - problème d'audition | oui non <input type="checkbox"/> |

