

Informations pour les parents

Procédure de dérogation aux travaux interdits susceptibles de dérogation "travaux réglementés") interdits pour les élèves mineurs en conformité avec le code du travail (art. L 4153-9)

Votre enfant, dans le cadre de sa formation professionnelle, aura à procéder à des travaux interdits susceptibles de dérogation ("travaux réglementés") réglementés (utilisation d'équipements de travail, produits dangereux...) **S'agissant d'un élève mineur, l'avis du médecin de l'éducation nationale pour la formation est obligatoire et doit être tenu à disposition de l'inspecteur du travail** (décrets n° 2013-914 du 11 octobre 2013 et n°2015-444, n°2015-443 du 17 avril 2015, arrêté du 20 juillet 2015)

Votre enfant va devoir se soumettre à une visite médicale d'aptitude et donc être à jour de ses vaccins.

Afin de pouvoir rendre un avis, le médecin doit connaître les maladies actuelles et passées de votre enfant.

A cet effet, nous vous remercions de remplir la fiche de renseignements ci-après et de nous la retourner sous enveloppe fermée. **Vos réponses sont strictement confidentielles, soumises au secret professionnel.**

ANNÉE SCOLAIRE : 2023-2024

QUESTIONNAIRE MÉDICAL À REMPLIR PAR LES PARENTS

Relatif à la dérogation aux travaux réglementés des élèves mineurs

Nom de l'élève : _____ Prénom : _____
Classe : _____ Né (e) le : _____
Commune de résidence : _____ : Téléphone des parents : _____

1. Maladies présentées antérieurement par votre enfant :

- | | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|----------------------|
| A-t-il déjà eu des convulsions ? | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | si oui, à quel âge ? |
| A-t-il eu d'autres maladies neurologiques ? | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | |
| A-t-il eu des maladies respiratoires ou allergiques ? | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | précisez |
| A-t-il fait eu otites à répétition ? | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | |
| A-t-il eu des problèmes de hanche ou de dos ? | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | |
| Autres maladies importantes ? | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | précisez |
| A-t-il eu des accidents ? | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | précisez |
| A-t-il été hospitalisé et/ou opéré ? | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | précisez |

2. État de santé actuel de votre enfant :

- | | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|----------|
| A-t-il des pertes de connaissance, malaises...? | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | |
| A-t-il des maux de tête ? | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | |
| A-t-il des problèmes de vue ou de fatigue oculaire ? | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | |
| A-t-il de l'eczéma, allergie, urticaire, asthme ? | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | |
| A-t-il des problèmes de dos ou d'articulation ? | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | |
| Est-il souvent absent en classe ? | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | |
| Est-il suivi par : un médecin, un psychologue ou un psychiatre ? | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | précisez |
| Suit-il un traitement ? | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | précisez |

Nom et coordonnées du médecin traitant :

.....

3. Vaccinations :

Tout élève doit être à jour des vaccinations et rappels obligatoires prévus par la Loi (DTP à jour).

Vous devez obligatoirement nous fournir une copie du carnet de santé et/ou des attestations de vaccinations

En cas de non présentation d'un schéma vaccinal à jour, votre enfant ne sera pas autorisé à utiliser les machines dangereuses en atelier et ne pourra pas réaliser ses stages.

Pour toute question d'ordre médical, vous pouvez vous rapprocher de votre médecin traitant, de l'infirmier de l'EREA (Jérôme LAMOUREUX) ou du médecin scolaire (Dr Cherrier 02.41.33.02.02).

Je déclare avoir pris connaissance de l'information ci-dessus.

A..... le

Signature de l'élève

Signature des parents