

Année scolaire 2024-2025

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX - ELEVES ENTRANTS

A remplir par le (s) responsable (s) de l'élève dans le cadre de l'aptitude à suivre une formation professionnelle pour le médecin qui fera les visites médicales (code du travail : articles D4153-41 à D4153-47)

Nom et prénom de l'élève : _____

Né(e) le : ____ / ____ / _____ Classe : _____ Régime : _____

RESPONSABLES - Noms et adresses	
_____	_____
_____	_____
_____	_____
☎ Domicile : ____ / ____ / ____ / ____ / ____	☎ Domicile : ____ / ____ / ____ / ____ / ____
☎ Portable : ____ / ____ / ____ / ____ / ____	☎ Portable : ____ / ____ / ____ / ____ / ____
☎ Travail : ____ / ____ / ____ / ____ / ____	☎ Travail : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Coordonnées du médecin traitant : _____

A-t-il un ⇒ Projet personnalisé de scolarisation (PPS) OUI NON
 ⇒ Plan d'accompagnement personnalisé (PAP) OUI NON

A-t-il des restrictions pour la pratique sportive ou pour l'EPS OUI NON

Si oui, joindre un certificat médical

Précisez : _____

ALLERGIES OUI NON
Préciser ○ Respiratoire ○ Cutanée ○ Alimentaire ○ Autres

ASTHME OUI NON

ECZEMA, URTICAIRE OUI NON

EPILEPSIE OUI NON

DIABETE OUI NON

PROBLEME DE DOS, SCOLIOSE OU AUTRE OUI NON

Si oui, précisez : _____

MALADIE OSTEO-ARTICULAIRE AUTRE, EPAULES, GENOUX, CHEVILLES,

OUI

NON

Si oui, précisez : _____

SENSORIEL

Problèmes de vue

OUI

NON

⇒ Port de lunettes

OUI

NON

Problèmes d'audition

OUI

NON

⇒ Appareillé (e)

OUI

NON

CARDIAQUE

oui non

TOUTES PATHOLOGIES OU MALADIES, ACCIDENTS qui vous semblent importantes à nous communiquer :

Suivi(s) actuel(s) - cocher si oui et préciser :

Psychologique : _____

Médical : _____

Autres suivis : _____

Hospitalisation, raison : _____

Traitement médical : _____

Le jour de la visite, confier à votre enfant :

⇒ Son carnet de santé

⇒ Ses lunettes s'il en porte

⇒ Copies de tous documents utiles en votre possession (copies des compte-rendus récents de radiographie, d'examen biologique, rapports médicaux, etc)

INFORMATIONS IMPORTANTES :

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.

Une inaptitude totale à la pratique de l'EPS ou « une dispense de sport » peut être incompatible avec l'aptitude aux travaux réglementés et entraînera le ré examen de l'aptitude aux travaux réglementés. Seule une inaptitude partielle à la pratique de l'EPS est cohérente avec la pratique professionnelle et permet l'aménagement de la pratique en EPS et l'adaptation du poste de travail.

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

A _____

Le _____ / _____ / 202

Signature de l'élève :

Signature des parents :