



RÉGION ACADÉMIQUE
AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

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

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

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 :

Maladies : (cochez oui ou non)

<input type="checkbox"/> Allergie :	respiratoire	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	cutanée	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	alimentaire	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

<input type="checkbox"/> Asthme	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
---------------------------------	------------------------------	------------------------------

<input type="checkbox"/> Eczéma, urticaire	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
--	------------------------------	------------------------------

<input type="checkbox"/> Neurologique	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
---------------------------------------	------------------------------	------------------------------

<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
------------------------------------	------------------------------	------------------------------

traitement :

<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
----------------------------------	------------------------------	------------------------------

<input type="checkbox"/> Maladie ostéo-articulaire	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
--	------------------------------	------------------------------

<input type="checkbox"/> Sensoriel :	problèmes de vue	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	porte des lunettes :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	Problèmes d'audition	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	Appareillé :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

<input type="checkbox"/> Cardiaque	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
------------------------------------	------------------------------	------------------------------

Toutes pathologies ou maladies, accidents qui vous semblent important de nous communiquer

.....

Suivi actuel :

L'élève a-t-il un suivi psychologique ? oui non

Précisez.....
.....

L'élève a-t-il un suivi médical ? oui non

Précisez.....
.....

L'élève suit-il un traitement médical ? oui non

Précisez.....
.....

Autres suivis ? oui non

Précisez.....
.....

Hospitalisation ? oui non Si oui quand ?

Précisez la raison :

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 récent 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

A remettre sous pli cacheté pour le service de santé de l'établissement scolaire.