



A RETOURNER SOUS ENVELOPPE FERMEE

Département : FINISTERE

RÉGION ACADÉMIQUE BRETAGNE

Promotion de la santé en faveur des élèves

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR, DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION

Etablissement scolaire : **LYCEE VAUBAN - BREST**



Fiche de renseignements médicaux à remplir par les parents ou tuteurs légaux de l'enfant

Nom et prénom de l'élève..... Classe :.....
Né(e) le :
Adresse :
Téléphone (s) :

Le père est-il en bonne santé ? : oui non Profession :
La mère est-elle en bonne santé ? : oui non Profession :
Nombre de frères et sœurs :.....

Nom et coordonnées du médecin traitant :

1. maladies présentées antérieurement par votre enfant :

- a-t-il déjà fait des convulsions ? non oui si oui, à quel âge ?
- a-t-il eu d'autres maladies neurologiques ? non oui
s'agissait-il d'une méningite ? oui non
- a-t-il eu des maladies respiratoires ou allergiques ? non oui précisez :.....
- a-t-il fait des otites à répétition ? non oui
- a-t-il eu des problèmes de hanche ou de dos ? non oui
- autres maladies importantes :
- A-t-il eu des accidents ? non oui précisez :
- A-t-il été hospitalisé, voire opéré, ... ? non oui précisez :

2. vaccinations :

Il est rappelé que l'accès aux travaux réglementés est conditionné par une situation vaccinale à jour au regard des obligations prévues par la Loi.

état de santé actuel de votre enfant :

- a-t-il souvent des rhumes, sinusites, angines, bronchites, otites ? non oui
- actuellement présente-t-il d'autres troubles ? (soulignez et précisez)
 - asthme :
 - eczéma, allergie, urticaire :

- pertes de connaissance, malaises :
.....
.....
- problèmes de dos ou d'articulations :
.....
.....
- maux de tête :
.....
.....
- problèmes de vue ou de fatigue oculaire :
.....
.....

→ est-il souvent absent ? non oui

→ est-il suivi par un médecin, un psychologue, un psychiatre ? non oui

→ suit-il un traitement ? non oui précisez :.....
.....

→ votre enfant est-il intéressé par un métier ? non oui précisez :.....
.....

→ avez-vous autre chose à signaler ? :.....
(par exemple : caractère, comportement, vie familiale,...)

Nous vous demandons de confier à votre enfant son carnet de santé et copie de tous documents utiles en votre possession (copie de comptes-rendus récents de radiographie, d'examen biologique, rapports médicaux, etc)

Si vous le souhaitez, le médecin de l'éducation nationale peut vous recevoir sur rendez-vous. Prenez contact à cet effet avec l'infirmerie de l'établissement scolaire.

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 dangereuses 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 :

Signature des parents :



RÉGION ACADÉMIQUE
BRETAGNE

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



Service médical en faveur des élèves

Département : **FINISTÈRE**

Etablissement scolaire : **LYCEE VAUBAN - BREST**

Lettre aux parents

Votre enfant, dans le cadre de la formation professionnelle choisie, aura à travailler dans son établissement scolaire sur des machines ou à utiliser des produits à risque.

S'agissant d'un élève mineur, et dans le cadre de la procédure de dérogation aux travaux réglementés par le code du travail (décret n° 2015-443 du 17 avril 2015 – article R 4153-40 du code du travail), **l'avis du médecin de l'éducation nationale** sur la compatibilité entre son état de santé et les tâches et travaux nécessaires à sa formation professionnelle est **obligatoire**. Il doit être transmis à l'inspecteur du travail.

A cet effet, en collaboration avec l'infirmière, le médecin de l'éducation nationale devra examiner votre enfant. Mais il est également nécessaire de connaître ses antécédents à l'aide de la fiche de renseignements médicaux ci jointe.

Elle est strictement destinée aux seuls professionnels de santé de l'éducation nationale, sera intégrée à son dossier médical scolaire, conservée sous la responsabilité du médecin de l'éducation nationale jusqu'**aux** 30 ans de votre enfant conformément à la législation (bien évidemment vous disposez d'un droit d'accès à cette fiche et pouvez à tout moment demander à la modifier).

Nous vous remercions donc de la remplir de façon la plus complète et précise possible. Votre médecin traitant peut vous y aider. Vous pouvez y adjoindre photocopie de tout document vous paraissant utile (**copie** de bilan orthophonique, de compte rendu d'examen spécialisé, de rapports médicaux, etc. **Ne donner ni originaux, ni clichés radiologiques**).

Nous vous remercions de votre contribution et restons à votre disposition pour toute précision que vous souhaiteriez.

Coordonnées du centre médico-scolaire

Cité scolaire de KERICHEN
Promotion de la Santé en Faveur des Elèves
Bd Léon Blum BP20133
29803 BREST CEDEX 9
Tél. 02 98 80 88 24
Cms29.brestkerichen@ac-rennes.fr