

QUESTIONNAIRE MEDICAL INITIAL POUR LA VISITE MEDICALE

En France, tout élève entre 15 et 18 ans dans une situation potentiellement dangereuse du fait de sa formation dans un établissement scolaire doit passer une visite pour obtenir un avis médical favorable (Décret n° 2015-443 du 17 avril 2015 – article L4153-9 du code du travail). A cet effet, il vous est demandé de remplir le questionnaire ci-dessous destiné au médecin de l'Education Nationale.

Vos réponses sont strictement confidentielles et soumises au secret médical. Ainsi, afin de le garantir, il vous est recommandé de remettre ce document complété à l'établissement scolaire lors de l'inscription, sous enveloppe cachetée, libellée à l'attention de l'infirmière ou du médecin de l'Education Nationale.

Renseignements administratifs

Nom / Prénom : Né(e) le :
 Adresse :

 Etablissement : Classe :
 Nom du premier représentant légal :
 Téléphone/courriel : /@.....
 Nom du deuxième représentant légal :
 Téléphone/courriel : /@.....
 Nom du médecin traitant :

Les vaccinations obligatoires prévues par la loi doivent être à jour. Merci de joindre une copie des pages vaccinales du carnet de santé ou un certificat de vaccination.

1. Depuis la naissance, jusqu'à aujourd'hui, l'élève présente-t-il des problèmes de santé suivants ?

A-t-il/elle une ou des maladie(s) ? Problème de vision et/ou d'audition ? Maladie génétique ? Maladie rénale ? Diabète ?
Asthme ? Vertiges ? Maladie de peau ? Autres ?

Si oui, précisez :

- Est-il/elle suivi(e) par un médecin spécialiste ? OUI ☐ NON ☐
 Si oui, quelle spécialité ? :

- A-t-il/elle déjà fait des crises d'épilepsie ? Et prend-t-il/elle un traitement pour cela ? OUI ☐ NON ☐
 Si oui, précisez :

- A-t-il/elle une ou des maladie(s) cardiaque(s) ? Et prend-t-il/elle un traitement pour cela ? OUI ☐ NON ☐
 Si oui, précisez :

- A-t-il/elle déjà eu un ou des malaise(s) ? OUI ☐ NON ☐
 - Avec perte de connaissance ? OUI ☐ NON ☐
 - En faisant un effort ? OUI ☐ NON ☐
 - Y a-t-il eu un suivi médical pour ces malaises ? OUI ☐ NON ☐
 Si oui, précisez :

- A-t-il/elle des problèmes de sang trop liquide qui ne cicatrise pas lors des blessures, comme de l'hémophilie ? Une coagulopathie ? Des traitements fluidifiant le sang ? OUI ☐ NON ☐
 Si oui, précisez :

- A-t-il/elle une ou des allergie(s) ? A des aliments ? A des médicaments ? OUI ☐ NON ☐
 Si oui, précisez :

- A-t-il/elle eu une ou plusieurs hospitalisation(s) ? A-t-il/elle eu une ou plusieurs opération(s) ? OUI ☐ NON ☐
Si oui, précisez :

- Prend-il/elle un ou des médicament(s) ? OUI ☐ NON ☐
Si oui, lesquels ? :

- Présente-t-il/elle des problèmes articulaires ? De dos ? Suit-il/elle une rééducation ? OUI ☐ NON ☐
Si oui, précisez :

- Est-il/elle suivi(e) par un psychologue et/ou un psychiatre ? OUI ☐ NON ☐
Si oui, est-ce en libéral ou en institution (CMP, Mikado, CMPP) ?

- A-t-il/elle un PAI (Projet d'accueil individualisé pour maladie chronique) et/ou un dossier MDPH ? OUI ☐ NON ☐
Si oui, précisez :

- A votre connaissance, a-t-il/elle une consommation d'alcool ? De cannabis ? D'autre produit, drogue ? OUI ☐ NON ☐
- Si oui, précisez :

2. Et dans la famille de l'élève, du côté du père et de la mère, à votre connaissance :

- Existe-t-il des maladies dans sa famille (génétique, autres)? OUI ☐ NON ☐
- Si oui, précisez :

- Y a-t-il une ou des maladie(s) cardiaque(s) familiale(s) ou héréditaire(s) ? OUI ☐ NON ☐
- Si oui, précisez :

- Y a-t-il des personnes présentant des malaises fréquents dans sa famille ? OUI ☐ NON ☐
- Avec perte de connaissance ? OUI ☐ NON ☐
- Si oui, qui sont ces personnes par rapport à l'élève ?

- Y a-t-il eu des personnes décédées de mort subite ou de crises cardiaques dans sa famille ? OUI ☐ NON ☐
- Si oui, qui étaient ces personnes par rapport à l'élève et à quel âge sont-elles décédées ?

- Existe-t-il dans la famille des personnes présentant des problèmes de sang trop liquide qui ne cicatrise pas lors des blessures, comme des coagulopathies ? De l'hémophilie ? OUI ☐ NON ☐
- Si oui, qui sont ces personnes par rapport à l'élève et quelle maladie présentent-elles ?

3. Avez-vous autre chose à signaler ? Par exemple au sujet de la santé, du comportement, du caractère, de la vie familiale... ?

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 conduite d'engins. Elle peut entraîner une inaptitude à la poursuite de la formation professionnelle, pendant le temps nécessaire.

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

Je m'engage à porter à la connaissance du médecin de l'Education Nationale tout changement de l'état de santé de l'élève survenu pendant la période de formation.

A _____ le _____

Signature de l'élève

Signature des parents ou représentants légaux