Prend-il des médicaments ? OUI ❐ NON ❐

Lesquels ?

Nom du médecin traitant :

Date :

Nom et signature des parents :

Adresse :

Tél. :

QUESTIONNAIRE MEDICAL

(à remplir par les parents)

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Classe : Etablissement :

Formation en cours :

Ce document est destiné à être lu
par le médecin et l'infirmière de l'établissement

Prière de remettre ce questionnaire confidentiel, sous pli cacheté, à l'infirmière du Lycée.

Il est destiné au médecin de l'Education Nationale dans le cadre de l'avis médical pour les travaux réglementés pour les mineurs.

ANTECEDENTS ET SITUATION PERSONNELLE DE VOTRE ENFANT

Votre enfant a-t-il une ou plusieurs des affections suivantes ?

	NON	OUI Depuis quand ?	Est-il toujours en traitement ?
Epilepsie et/ou convulsions			
Diabète			
Asthme			
Allergie			
Eczéma			
Perte de connaissance			
Port de lunettes, lentilles			
Mauvaise vision des couleurs			
Problèmes auditifs			
Problèmes cardiaques			
Problèmes psychologiques et/ou psychiatriques			

Votre enfant

A-t-il été hospitalisé ? OUI ❐ NON ❐

Quand ?

Pourquoi ?

A-t-il été opéré ? OUI ❐ NON ❐

Quand ?

Pourquoi ?

A-t-il eu un accident dans l'année en cours ?
OUI ❐ NON ❐

Par la suite, y a t-il eu des complications ?
OUI ❐ NON ❐

Votre enfant est-il dispensé d'E.P.S. ?
OUI ❐ NON ❐

Date de la dernière vaccination anti-tétanique

Joindre une copie des vaccinations