



## INFORMATION RELATIVE A LA PROTECTION DES MINEURS EN FORMATION PROFESSIONNELLE

Madame, Monsieur,

Pour les besoins liés à sa formation professionnelle, votre enfant, devra être affecté(e) à certains travaux réglementés par le code du travail. Etant mineur, l'exécution des travaux ne pourra se faire que sur décision du chef d'établissement et information de l'inspection du travail.

Dans le cadre de cette procédure, votre enfant bénéficie d'une surveillance médicale renforcée et annuelle. Il (elle) sera convoqué(e), en début d'année scolaire, pour passer une visite médicale ou un entretien par le médecin et/ou l'infirmière de l'établissement scolaire, (Seuls personnels habilités à la faire). A l'issue de la visite médicale ou de l'entretien, un **avis médical d'aptitude** sera délivré.

Conformément au code du travail, l'avis médical d'aptitude est indispensable pour autoriser l'élève mineur à travailler en atelier dans l'établissement ainsi que pour les périodes de formation en milieu professionnel.

Si nous sommes amenés à constater l'absence sans motif valable (hospitalisation, évènement familial grave,...) de votre enfant à une convocation, aucun avis médical ne pourra être fourni et le travail en atelier lui sera interdit.

La famille sera alors convoquée par le chef d'établissement et recevra l'injonction de prendre rendez-vous au centre médical du médecin de l'établissement afin de se mettre en règle. Les frais de transport resteront à la charge de la famille.

**En l'absence de visite médicale, les travaux réglementés en atelier seront interdits.**

Je, soussigné, Père /Mère de l'élève: \_\_\_\_\_

Inscrit en classe de : \_\_\_\_\_

Déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessus.

Date : \_\_\_\_\_

Signature :



## **QUESTIONNAIRE MEDICAL A REMPLIR PAR LES PARENTS**

(À remettre sous pli)

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

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 L 4153-9 du code du travail), l'avis du médecin sur la compatibilité entre son état de santé et les tâches et travaux nécessaires à sa formation professionnelle est obligatoire. Il doit être mis à disposition de l'inspecteur du travail.

A cet effet, il vous est demandé de remplir le questionnaire ci-dessous destiné au médecin en charge d'examiner votre enfant.

***Vos réponses sont strictement confidentielles et soumises au secret médical.***

### **RENSEIGNEMENTS SUR L'ELEVE**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_

La mère est-elle en bonne santé ?  OUI  NON Profession : \_\_\_\_\_

Le père est-il en bonne santé ?  OUI  NON Profession : \_\_\_\_\_

Nombre de frères et sœurs : \_\_\_\_\_

Nom et coordonnées du médecin traitant : \_\_\_\_\_

### **MALADIES PRESENTEES ANTERIEUREMENT PAR VOTRE ENFANT**

A-t-il (elle) déjà fait des convulsions ?  OUI  NON Si oui, à quel âge ? \_\_\_\_\_

A-t-il (elle) eu d'autres maladies neurologiques ?  OUI  NON

S'agissait-il d'une méningite ?  OUI  NON

A-t-il (elle) eu des maladies respiratoires ou allergiques ?  OUI  NON Précisez : \_\_\_\_\_

A-t-il (elle) eu des otites à répétition ?  OUI  NON

A-t-il (elle) eu des problèmes de hanche ou de dos ?  OUI  NON Précisez : \_\_\_\_\_

Autres maladies importantes :  OUI  NON Précisez : \_\_\_\_\_

A-t-il (elle) eu des accidents ?  OUI  NON Précisez : \_\_\_\_\_

A-t-il (elle) été hospitalisé(e), voir opéré(e) ?  OUI  NON Précisez : \_\_\_\_\_

## ETAT DE SANTE ACTUEL DE VOTRE ENFANT

**En ce qui concerne les vaccinations, il est rappelé que l'autorisation d'affectation à des travaux réglementés est conditionnée par une situation vaccinale à jour au regard des obligations prévues par la loi.**

A-t-il (elle) souvent des rhumes, sinusites, angines, bronchites, otites ?  OUI  NON

Actuellement, présente-il (elle) d'autres troubles :  OUI  NON  
(asthme, eczéma, allergie, urticaire, pertes de connaissance, malaises, problèmes de dos ou d'articulations, maux de tête, problèmes de vue ou de fatigue oculaire)

Si oui, merci de préciser : \_\_\_\_\_

Est-il (elle) souvent absent(e) ?  OUI  NON  
Si oui, merci de préciser les motifs d'absence : \_\_\_\_\_

Suit-il (elle) un traitement ?  OUI  NON  
Si oui, merci de préciser lequel : \_\_\_\_\_

Est-il suivi par un médecin? Un psychologue ? Un psychiatre ?  OUI  NON

Avez-vous autre chose à signaler (caractère, comportement, vie familiale...) ?  OUI  NON  
\_\_\_\_\_

Métier envisagé : \_\_\_\_\_

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

**Si vous le souhaitez, le médecin de l'Education 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 du représentant légal :*