



RÉGION ACADÉMIQUE  
BRETAGNE

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



**A RAPPORTER OBLIGATOIREMENT le 02/09/24  
pour avoir le droit d'ACCEDER AUX ATELIERS**

## Service médical en faveur des élèves

*Département : ....*

**Nom du médecin de l'éducation nationale :**

**Nom de l'infirmier(e) de l'éducation nationale :**

**Etablissement scolaire :**

### **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 insistons sur le fait que ces informations sont couvertes par le secret médical et ne sont pas communicables à un tiers.**

Vous voudrez bien mettre ce (ces) document(s) **sous enveloppe cachetée** à l'attention du **médecin de l'éducation nationale**, et la confier au secrétariat de l'établissement qui transmettra.

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

Coordonnées du centre médico-scolaire

Le .. / .. / 201.

## Promotion de la santé en faveur des élèves

Nom du médecin de l'éducation nationale :

Nom de l'infirmière :

Établissement scolaire :

### 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 : .....

**Tournez, SVP**

### **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.

### **3. 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'infirmier de l'établissement scolaire.*

#### **4. 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 :