

**Fiche médicale confidentielle à remplir obligatoirement**

en vue de la visite médicale pour l'aptitude à effectuer des travaux réglementés pour les mineurs.

Votre enfant mineur doit obtenir une autorisation pour effectuer des travaux réglementés pour les mineurs, par les décrets 2013-914 et 2013-915 de la circulaire du 11 octobre 2013.

Cette autorisation est soumise à un avis médical annuel. Le médecin de l'Education Nationale va le recevoir en visite médicale pour donner cet avis sur son aptitude à effectuer ces travaux réglementés.

**Nous vous remercions de remplir et signer cette fiche et de la remettre au service médical**

NOM : Prénom :

Date de naissance : Classe :

Votre enfant a-t-il présenté ou présente-t' il actuellement :

- Des troubles visuels ou auditifs: OUI :  NON :  Si oui, lesquels : ……………………………………

- Des difficultés à respirer ou allergies: OUI :  NON :  Si oui, lesquels : ……………………………………

- Des malaises ou pertes de connaissance: OUI :  NON : 

* Des crises convulsives : OUI : NON :

- Des problèmes cardiaques: OUI :  NON : 

- Un diabète insulino-dépendant: OUI :  NON : 

- Des problèmes ostéo-articulaires (dos, genoux): OUI :  NON : 

- A-t-il subi une intervention chirurgicale : OUI :  NON :  Si oui, laquelle : …………………………………...

- A-t-il été hospitalisé : OUI :  NON :  Si oui, pour quelles raisons : ………………………………………….

- Prend-il des médicaments de façon régulière: OUI :  NON :  Si oui lesquels: ………………………………

- A-t-il un suivi régulier par un spécialiste: OUI :  NON :  Si oui lequel:…………………………………………

**Informations importantes :**

**La consommation de produits de type alcool, cannabis et autres peut avoir des conséquences en cas d’utilisation de machines dangereuses et de conduites d’engins.**

**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 le dossier est incomplet**, **si votre enfant ne se présente pas** à la visite médicale, le médecin ne pourra pas donner son avis et sa formation professionnelle pourra être remise en question.

A …………………………..... Le : …………………….

Signature de l’élève : Signature des parents: