

Direction ESE

Affaire suivie par :

Edwige JARNAC – IDE

Tél : 05.33.51.42.00

Mail : direction.esse@u-bordeaux.fr

QUESTIONNAIRE MEDICAL

Aptitude aux travaux réglementés

Formulaire à renseigner par les responsables légaux des étudiants mineurs en
début de formation

Votre enfant est inscrit dans une formation professionnelle à l'IUT de Bordeaux l'amenant à effectuer des travaux réglementés par le code du travail pour les jeunes âgés de 15 ans au moins et de moins de 18 ans.

Une visite médicale annuelle, effectuée par le médecin du service de universitaire est indispensable pour l'autoriser à être affecté à ces travaux, dans l'établissement ou lors des périodes de formations en milieu professionnel.

A cet effet, il vous est demandé de bien vouloir remplir le questionnaire ci-dessous.

Ce questionnaire est strictement confidentiel, soumis au secret médical. Il ne doit pas être déposé en ligne.

Vous mettrez ce document complet sous enveloppe cachetée à l'attention du Médecin du service de santé universitaire. Votre enfant la remettra au médecin le jour de la visite médicale, accompagné du **Carnet de santé**, du **carnet de vaccinations** et de la **copie de tout document utile**.

RENSEIGNEMENTS SUR L'ELEVE

NOM : PRENOM : Etablissement : IUT de Bordeaux - GMP

Date de naissance :

Adresse du responsable légal :

N° de téléphone : Mail :

Nom du médecin traitant :

Coordonnées du médecin traitant :

SANTE DE VOTRE ENFANT DEPUIS SA NAISSANCE

Votre enfant a-t-il déjà présenté les problèmes de santé suivant ?

☐ Asthme ☐ Epilepsie ☐ Maladie cardiaque ☐ Maladie rénale ☐ Maladie de peau ☐ Diabète

☐ Allergies, si oui Précisez :

☐ Vision, si oui Précisez :

☐ Audition, si oui Précisez : ☐ otites à répétition : ☐ oui ☐ non

A-t-il eu des problèmes de hanche ou de dos ? ☐ oui ☐ non

A-t-il eu des problèmes articulaires ? ☐ oui ☐ non

Autres maladies importantes :

A-t-il eu des accidents ? ☐ oui ☐ non Si oui Précisez :

.....

A-t-il été hospitalisé, voire opéré ? ☐ oui ☐ non Si oui Précisez :

.....

SITUATION ACTUELLE DE VOTRE ENFANT

A-t-il des problèmes de santé ? ☐ oui ☐ non si oui lesquels :

.....

Prend-il des médicaments ? ☐ oui ☐ non si oui lesquels :

.....

Lui arrive-t-il d'avoir :

- Des vertiges ? ☐ oui ☐ non

- Des malaises ? ☐ oui ☐ non

- Des pertes de connaissance ? ☐ oui ☐ non

Si oui, précisez :

Est-il suivi par un médecin spécialiste ? ☐ oui ☐ non Si oui, quelle spécialité :

.....

Suit-il une rééducation ? ☐ oui ☐ non Si oui, laquelle :

.....

Est-il suivi par un psychologue ? ☐ oui ☐ non Si oui, Nom – Prénom :

.....

Avez-vous autre chose à signaler ? (joindre un courrier si nécessaire)

.....

.....

INFORMATION IMPORTANTE

La consommation de produits psycho actifs (alcool, cannabis, autres drogues) et de certains médicaments peut avoir des conséquences sur les travaux règlementés ou lors de la conduite 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 :