



**ACADÉMIE
DE NORMANDIE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Fiche de renseignements à l'attention du médecin de l'Éducation nationale

Nom et prénom de l'élève : classe :

Date de naissance :

Y a-t-il des problèmes de santé dans la famille ? oui ☐ non ☐

Précisez :

Votre enfant a-t-il déjà été hospitalisé ? oui ☐ non ☐

Précisez date et pourquoi :

A-t-il subi une intervention chirurgicale ? oui ☐ non ☐

Précisez :

A-t-il des problèmes de vue ? oui ☐ non ☐

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

A-t-il déjà perdu connaissance ? A-t-il fait des malaises ? oui ☐ non ☐

A-t-il présenté de l'asthme ? oui ☐ non ☐

A-t-il souffert d'allergie ? oui ☐ non ☐

Précisez :

Est-il atteint d'une maladie chronique ? (diabète, épilepsie, rhumatisme, cardiaque ...) oui ☐ non ☐

Précisez :

Est-il suivi dans une consultation spécialisée ? oui ☐ non ☐

Précisez :

Prend-il un traitement régulièrement ? oui ☐ non ☐

Précisez quels médicaments / depuis quand :

.....
.....

Observations concernant votre enfant :

.....
.....

Nom et N° téléphone du médecin traitant :

La consommation de produits psycho actifs (alcool, cannabis, autres drogues) et de certains médicaments peut avoir des conséquences en cas d'utilisation de machines 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.

Date :

Signature de l'élève :

Signature des responsables légaux :