

**Fiche de renseignements à remplir avec les parents**  
 et à rapporter au lycée pour la visite médicale

**Identité de l'élève :**

- Nom et Prénom : .....
- Date et lieu de naissance : .....
- Adresse : .....
- Nom de la mère, profession : .....
- Nom du père, profession : .....
- Tél : .....
- Année de naissance, nom et prénom de la fratrie : .....
- Y a-t-il des problèmes de santé dans la famille ?  
 oui  non
- Si oui : Lesquels ? .....
- Nom du médecin traitant : .....
- Tél : .....
- Date du dernier bilan médical .....

**DATE des dernières VACCINATIONS :**

- Vaccinations obligatoires : D.T.Polio (dernier rappel): .....
- B.C.G. : .....  
 - Hépatite B : .....
- Rougeole Oreillons Rubéole : .....
- 1ère.....2ème.....
- Coqueluche (dernier rappel) : .....
- Autres : .....

**Renseignements médicaux concernant l'élève**

- A-t-il eu des problèmes de santé (maladies, accidents, hospitalisations, opérations, rééducations...).....
- Souffre-t-il de maladie chronique ?  oui  non  
 de malaises, de convulsions ?  oui  non
- A-t-il bénéficié au cours de sa scolarité?  
 d'un PAL (Projet d'Accueil Individualisé)  oui  non  
 ou d'un PPS (Projet Personnalisé de Scolarisation)  oui  non
- A-t-il des allergies?  oui  non  
 Si oui, résultat du bilan allergologique?.....
- A-t-il des problèmes de vision?  oui  non
- Y a-t-il des daltoniens dans la famille?  oui  non
- A-t-il des problèmes d'audition?  oui  non
- Suit-il un traitement régulier ?  oui  non  
 Si oui, lequel?.....
- S'il est suivi dans une consultation spécialisée, indiquer laquelle? (orthophonie, kinésithérapie, ophtalmologie, allergologie, suivi psychologique.....)
- Est-il dispensé d'éducation physique?  oui  non
- Fait-il du sport en dehors du Lycée :  oui  non  
 Si oui, lequel?.....
- Pensez-vous qu'il a une bonne hygiène de vie ?

**Signature des parents :**

NOM DE L'ECOLE		VILLE	DEPART EMENT
Maternelle	..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....
Elémentaire	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....
Collège	..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....



direction des services  
départementaux  
de l'éducation nationale  
Haute-Garonne



Madame, Monsieur,

**La visite médicale** de votre enfant mineur pourra avoir lieu au lycée lors des inscriptions en seconde professionnelle

Le ...06/07/18...

Cet examen a pour but de lui délivrer **l'aptitude médicale** à effectuer les travaux réglementés nécessaires à sa formation professionnelle, par mesures dérogatoires et dans le respect de la réglementation en vigueur. Votre enfant va être amené à travailler en atelier : cela nécessite le respect des règles de sécurité et l'absence de consommation d'alcool et autres produits psycho-actifs.

Nous vous remercions de bien vouloir remplir avec lui, elle,

**la fiche confidentielle de renseignements** sur son état de santé.

**Veillez lui confier cette fiche ainsi que son carnet de santé et les documents médicaux le concernant** (compte-rendu médicaux, orthophoniques...).

**Cet examen est obligatoire.**

Dr Andrieu/ Dr Gomanne

Médecin de l'Education Nationale

Centre médico-Scolaire

Rue du maréchal Lyautey

31600 Muret

05.62.51.19.96