



- A-t-il été hospitalisé, victime d'un accident ? Si oui, précisez :  
.....  
.....
- A-t-il eu une perte de connaissance, un traumatisme crânien ? Si oui, préciser :  
.....  
.....

Suivi actuel :

- A-t-il un suivi psychologique ? Si oui, précisez :  
.....  
.....
- A-t-il un suivi médical ? Si oui, précisez :  
.....  
.....
- A-t-il un traitement médical ? Si oui, précisez :  
.....  
.....
- Autres suivis ? Si oui, précisez :  
.....  
.....
- Hospitalisation ? Si oui, précisez :  
.....  
.....

Nous vous demandons de confier à votre enfant son carnet de santé, ses lunettes s'il en porte et copie de tous documents utiles en votre possession (copie de comptes rendus récents de radiographie, d'examen biologique, rapports médicaux, etc...)

INFORMATION IMPORTANTE :

La consommation de produits psychoactifs (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

A..... le.....

Signature de l'élève :

Signatures des parents :

**JOINDRE UNE PHOTOCOPIE DES PAGES DE VACCINATION**  
**Questionnaire obligatoire à remettre au médecin le jour de la visite**

## APTITUDE AUX TRAVAUX REGLEMENTÉS

### Fiche pour les deuxième et troisième années



RÉGION ACADÉMIQUE  
OCCITANIE

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

#### Elève

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Section suivie : .....

#### Responsable légaux :

Nom : ..... Prénom : .....

Téléphone : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Téléphone : .....

Votre enfant suit une formation professionnelle l'exposant à des travaux règlementés pour les mineurs (de 15 à 18 ans). Il a bénéficié en début de première année d'une visite médicale. Nous vous demandons de nous retourner le questionnaire ci-dessous en vue d'établir l'aptitude pour l'année scolaire 202..-202..

**CE QUESTIONNAIRE DOIT ETRE OBLIGATOIREMENT REMPLI POUR LA POURSUITE DE SA FORMATION**

#### Depuis la dernière visite médicale au lycée :

1. A-t-il eu un problème médical ? Si oui, précisez :

.....  
.....

2. Prend-il un traitement quotidien ? Si oui, lequel ?

.....  
.....

3. A-t-il eu une perte de connaissance, un malaise ou un traumatisme crânien ? Si oui, précisez :

.....  
.....

4. A-t-il été hospitalisé ? Si oui, pourquoi ?

.....  
.....

5. A-t-il été victime d'un accident ? Si oui, précisez :

.....  
.....

**Fiche à remettre à ...**

DATE :

SIGNATURE DU OU DES REPRESENTANTS LEGAUX