

MISSION DE PROMOTION DE LA SANTE DES ELEVES

Dossier infirmerie 2026-2027

Nouvelle inscription Filières mécanique et carrosserie

2MMV / 2CPA / 2CAP AP

1^{ère} PASSERELLES

Documents à remplir et retourner :

- Fiche santé infirmerie
- Copie des vaccinations (obligatoire)
- Fiche de renseignements médicaux (pour le médecin scolaire)
- Fiche « demande de dossier médical »



B.P. 2743
56 Av. Marcelin Berthelot
38037 GRENOBLE Cedex 2
☎ 04 76 09.74.18
☎ 04 76 09.81.99

Objet : Visite médicale obligatoire pour les élèves mineurs

Madame, Monsieur,

Au cours de l'année scolaire, votre enfant va bénéficier dans son établissement scolaire, d'une visite médicale auprès d'un médecin de l'éducation nationale.

Cette visite médicale, conformément au décret 2013-914 du 11 octobre 2013 relatif à la procédure de dérogation prévue à l'article L.4153-9 du code du travail, permet d'émettre un avis d'aptitude à l'affectation aux travaux réglementés pour les élèves mineurs (c'est le cas lors des « stages » en entreprise).

Cette visite est **OBLIGATOIRE**. Si l'élève ne se présente pas, il ne pourra plus participer aux enseignements en atelier, nécessaires à sa formation. Seuls les élèves absents pour des raisons justifiées pourront bénéficier d'un autre rendez-vous.

Votre enfant recevra une convocation quelques jours avant cette visite, il devra se présenter muni de son carnet de santé et de tout autre document concernant sa santé susceptible d'être connu par le médecin de l'éducation nationale.

Nous restons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Recevez, Madame, Monsieur, l'expression de nos sincères salutations.

La Cheffe d'établissement



**ACADÉMIE
DE GRENOBLE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

A remplir par les parents ou tuteurs légaux de l'enfant dans le cadre de l'aptitude à suivre une formation professionnelle et à remettre au médecin lors de la visite médicale
(code du travail : articles D4153-41 à D4153-47)

Carnet de santé indispensable

Nom et prénom de l'élève.....

Né(e) le :/...../.....

Adresse :

.....

Téléphone des représentants légaux :

.....

Classe et section :

.....

Coordonnées du médecin traitant :

.....

A-t-il un Projet personnalisé de scolarisation : **Oui** **Non**

A-t-il des restrictions pour la pratique sportive ou pour l'EPS : **Oui** **Non**

Précisez :

Maladies : (entourer oui ou non)

Allergie :	respiratoire	oui	non
	cutanée	oui	non
	alimentaire	oui	non

Asthme oui non

Eczéma , urticaire oui non

Epilepsie oui non traitement :

Diabète oui non

Problème de dos , Scoliose ou autre oui non :

Si oui précisez

Maladie ostéo-articulaire autre, épaules, genoux, chevilles oui non

Si oui Précisez :

Sensoriel : problèmes de vue oui non porte des lunettes : oui non

Problèmes d'audition oui non appareillé : oui non

Cardiaque oui non

Toutes pathologies ou maladies, accidents qui vous semblent importantes à nous communiquer :

.....

.....

Suivi actuel :

A-t-il un suivi psychologique oui non

Précisez.....

A-t-il un suivi médical oui non

Précisez.....

A-t-il un traitement médical oui non

Précisez.....

Autres suivis oui non

Précisez.....

Hospitalisation non oui (date) :

Précisez la raison :

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 compte-rendu récents de radiographie, d'examen biologique, rapports médicaux, etc...)

INFORMATIONS IMPORTANTES :

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.

Une inaptitude totale à la pratique de l'EPS ou « une dispense de sport » peut être incompatible avec l'aptitude aux travaux réglementés et demandera le ré examen de l'aptitude aux travaux réglementés. Seule une inaptitude partielle à la pratique de l'EPS est cohérente avec la pratique professionnelle et permet l'aménagement de la pratique en EPS et l'adaptation du poste de travail.

Je déclare avoir pris connaissance de l'information ci-dessus.

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

Signature de l'élève

Signatures des parents

A remettre sous pli cacheté pour le service de santé de l'établissement scolaire.

