



**Pierre
Mendès
France**
Lycée Des Métiers

DOSSIER d'INSCRIPTION 2026 / 2027

Route de Saint Denis – BP 40029 - 80201 PERONNE Cedex
Tél. : 03.22.73.35.00

1 Photos récente
de l'élève
à agraffer ici

LYCEE PROFESSIONNEL

Madame, Monsieur,
Vous voudrez bien déposer ce dossier au Lycée selon
les indications figurant sur votre avis d'affectation.

**L'INSCRIPTION NE SERA EFFECTIVE QUE SI LE
DOSSIER EST COMPLET**

NOM :

Prénom :

Etablissement et classe de l'année précédente :

.....

CLASSE 2026/2027

L'INSCRIPTION EN LIGNE A-T-ELLE ETE FAITE ? OUI NON

- Le courrier d'avis d'affectation
- 3 photos récentes de l'élève (inscrire au dos nom, prénom et classe)
- La fiche de renseignement élève dûment complétée et signée par l'élève et les parents
- La copie du livret de famille et en cas de divorce ou séparation la photocopie de la partie du jugement précisant l'autorité parentale et la résidence de l'enfant
- L'exeat (certificat de sortie) délivré par le collège
- La fiche infirmerie à laquelle vous agraferez une photo + copie du carnet de vaccinations et copie de l'attestation de carte vitale
- La fiche intendance avec un RIB
- La copie de la carte d'identité de l'élève (recto/verso)
- Copie des 3 derniers bulletins scolaires
- Numéro de dossier de votre carte HDF (si déjà une) :



- Pour une demande en internat flasher le QR Code pour obtenir le document de candidature

Scolarité :

- CAP Equipier Polyvalent du Commerce :		<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} année	<input type="checkbox"/> 2 ^{ème} année
- Métiers Relation Client	<input type="checkbox"/> 2 ^{nde} commune	<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} Commerce et Vente	<input type="checkbox"/> Terminale Commerce et Vente
		<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} Métier de l'Accueil	<input type="checkbox"/> Terminale Métier de l'Accueil
- Logistique	<input type="checkbox"/> Seconde	<input type="checkbox"/> Première	<input type="checkbox"/> Terminale
- Électricité	<input type="checkbox"/> Seconde	<input type="checkbox"/> Première	<input type="checkbox"/> Terminale
- Métiers de la maintenance, des matériels et des véhicules	<input type="checkbox"/> 2 ^{nde} commune	<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} MVM option Agricole	<input type="checkbox"/> Terminale MVM option Agricole
		<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} MVM option Voiture	<input type="checkbox"/> Terminale MVM option Voiture
		<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} MVM option Cons Manut	<input type="checkbox"/> Terminale MVM option Cons Manut

☞ Toute inscription non effectuée à la date indiquée entraînera l'attribution de la place à un élève de la liste supplémentaire.

PROTECTION DES DONNEES

Les informations personnelles collectées à l'occasion du dossier d'inscription seront utilisées pour les traitements de données à caractère personnel de l'établissement notamment pour :

- La gestion administrative et pédagogique de l'élève
- La gestion de la restauration
- La gestion de la vie scolaire
- Le contrôle des accès
- L'espace numérique de travail

D'autres traitements de données à caractère personnel sont susceptibles d'être mis en œuvre par l'établissement et feront l'objet d'une information ultérieure par le chef d'établissement.

Conformément aux dispositions issues du règlement européen à la protection des données à caractère personnel et à la nouvelle loi informatique et libertés, vous disposez d'un droit d'accès, d'opposition, de rectification, de limitation et d'effacement aux données. Pour exercer ces droits et pour toute question relative aux traitements des données de votre enfant (si l'élève est mineur), vous pouvez contacter la déléguée académique à la protection des données par voie électronique : dpd@ac-lille.fr

Si vous estimez, après avoir contacté le chef d'établissement ou la déléguée académique à la protection des données que vos droits à la protection des données personnelles ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation auprès de la CNIL, 3 place de Fontenoy, TSA80715, 75334 PARIS CEDEX 07 ou sur <https://www.cnil.fr/fr/plaintes>

L'établissement reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Bien cordialement,

Le Chef d'Etablissement

D. SZCZEPANIAK



IDENTITE DE L'ELEVE

Nom de famille : Sexe : F M
Prénom 1 : Prénom 2 : Prénom 3 :
Né(e) le :/...../..... Commune de naissance : Département de naissance :
Pays de naissance : Nationalité :

@Adresse mail de l'élève : Mobile de l'élève :
Qualité : Externe DP Interne

L'élève habite chez :
 Possède sa propre adresse : Rue :

Code postal : Commune : Pays :

REPRESENTANT LEGAL

Paie les frais scolaires

A contacter en priorité :

Lien avec l'élève* : Civilité : Mme M.

Nom de famille : Prénom :
Profession :

Adresse :
.....
.....

Code postal : Commune : Pays :

@Adresse mail :

J'accepte de communiquer mon adresse (postale et électronique) aux associations de parents d'élèves :

Téléphone domicile : Travail :

Mobile : J'accepte de recevoir des SMS :

Le représentant légal détient l'autorité parentale sur l'élève mineur soit par nature (parents), soit sur décision de justice. Il peut accomplir tous les actes relatifs à la scolarité de l'élève.

*Le lien avec l'élève est à choisir parmi : mère, père, ascendant (grand-parent), fratrie (sœur, frère), autre membre de la famille (oncle, tante, cousin, etc.), tuteur, élève lui-même (pour les élèves majeurs), Aide Sociale à l'Enfance, éducateur, assistant familial, autre lien (ex. : beau-parent).

REPRESENTANT LEGAL

Paie les frais scolaires

A contacter en priorité :

Lien avec l'élève* : Civilité : Mme M.

Nom de famille : Prénom :
Profession :

Adresse :
.....
.....

Code postal : Commune : Pays :

@Adresse mail :

J'accepte de communiquer mon adresse (postale et électronique) aux associations de parents d'élèves :

Téléphone domicile : Travail :

Mobile : J'accepte de recevoir des SMS :

PERSONNE AYANT LA CHARGE EFFECTIVE DE L'ÉLÈVE*

A contacter en priorité :

Lien avec l'élève* : Civilité : Mme M.

Nom de famille : Prénom :

Profession :

Adresse :

.....

.....

Code postal : Commune : Pays :

@Adresse mail :

J'accepte de communiquer mon adresse (postale et électronique) aux associations de parents d'élèves :

Téléphone domicile : Travail :

Mobile : J'accepte de recevoir des SMS :

*La personne en charge lorsqu'elle existe, est différente des représentants légaux de la page précédente : elle n'a pas l'autorité parentale sur l'élève mineur, elle héberge l'élève sur décision de justice ou avec l'accord des parents, et elle est responsable de l'obligation scolaire. Le lien avec l'élève est à choisir parmi : mère, père, ascendant (grand-parent), fratrie (sœur, frère), autre membre de la famille (oncle, tante, cousin, etc.), tuteur, élève lui-même (pour les élèves majeurs), Aide Sociale à l'Enfance, éducateur, assistant familial, autre lien (ex. : beau-parent)

AUTRE PERSONNE A CONTACTER

Lien avec l'élève* : Civilité : Mme M.

Nom de famille : Prénom :

Téléphone domicile : Travail :

Mobile : J'accepte de recevoir des SMS :

*Le lien avec l'élève est à choisir parmi : mère, père, ascendant (grand-parent), fratrie (sœur, frère), autre membre de la famille (oncle, tante, cousin, etc.), tuteur, élève lui-même (pour les élèves majeurs), Aide Sociale à l'Enfance, éducateur, assistant familial, autre lien (ex. : beau-parent)

Enseignements suivis en Collège pendant l'année scolaire 2025-2026 :

Langue Vivante 1 : Langue Vivante 2 :

L'élève a déjà obtenu son ASSR 2 (Attestation scolaire de sécurité routière) : oui non

Si oui, joindre une copie de l'ASSR2

L'élève dispose d'un aménagement spécifique oui non

Si oui, cet aménagement rentre dans le cadre : PAP PPS PAI - **joindre les documents selon la situation**

Je certifie l'exactitude des informations renseignées ci-dessus.

Date :/...../.....

Signature :

**TOUTE INSCRIPTION AU LYCEE DES METIERS VAUT CONNAISSANCE ET
ACCEPTATION SANS RESERVE DU REGLEMENT INTERIEUR Y COMPRIS
POUR LES ELEVES MAJEURS**

ACCUSE DE RECEPTION DU REGLEMENT INTERIEUR DE L'ETABLISSEMENT

Le règlement intérieur est consultable sur le site internet du lycée, onglet « vie de l'élève » à la rubrique « vie scolaire ».

Vous pouvez y accéder directement via le QR Code ci-contre.

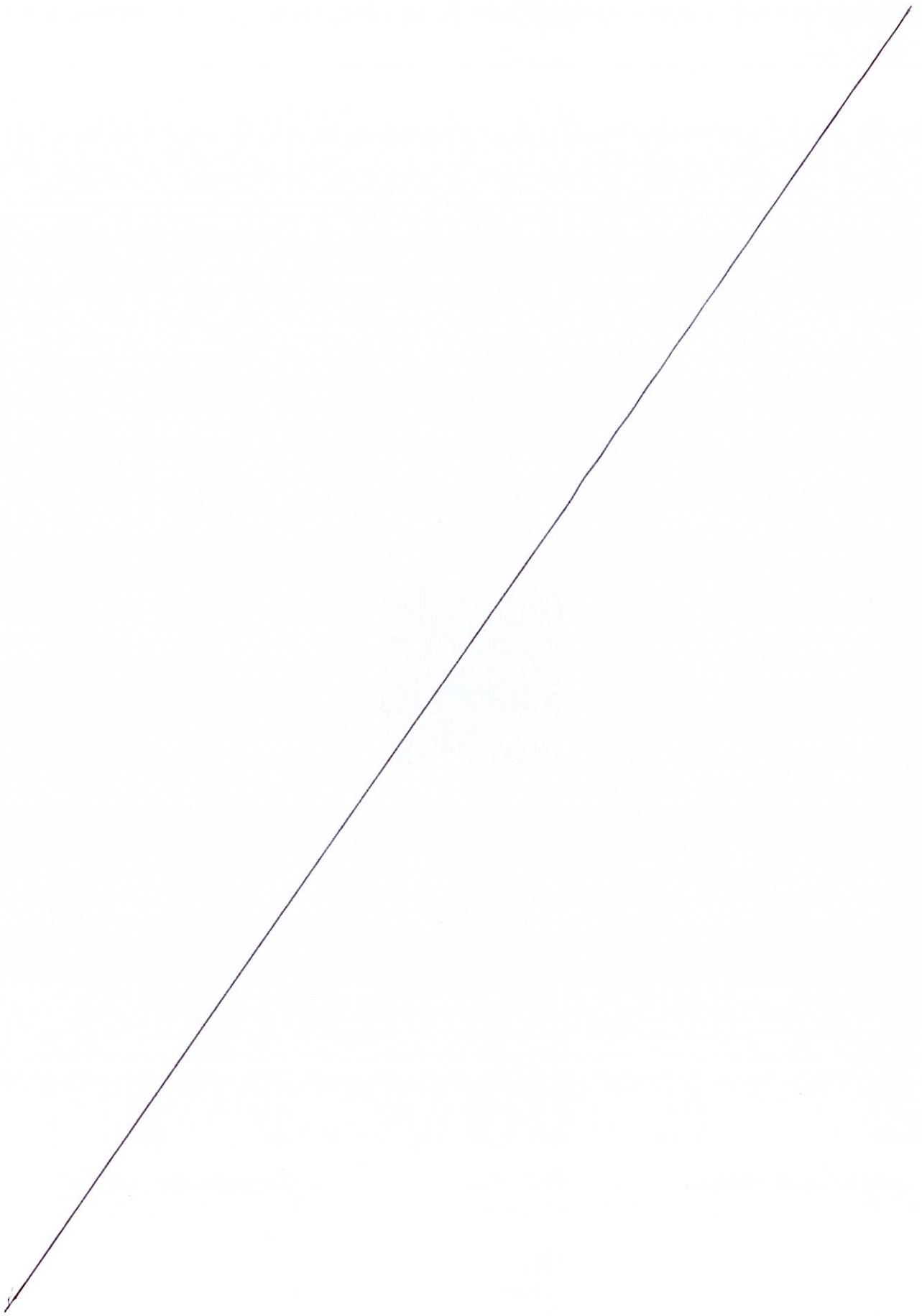


Je soussigné(e) Monsieur, Madame,,
représentant(e) légal(e) de l'élève (ou élève majeur) :
....., certifie avec l'élève désigné,
avoir pris connaissance du Règlement intérieur du lycée Pierre Mendès France à
Péronne.

Date :

Signature de l'élève

Signature des parents



ELEVE

NOM Prénom

Date de naissance : Classe

Mail Téléphone

Bourse (entourer la mention correspondante) : OUI NON EN COURS

RESPONSABLES LÉGAUX

⇒ Responsable légal 1 (paie les frais de DP et internat)

NOM Prénom

Adresse

Mail Téléphone

⇒ Responsable légal 2

NOM Prénom

Adresse

Mail Téléphone

Quelque soit le régime de votre enfant, merci de joindre obligatoirement un RIB.

REGIME (cocher la case correspondante) :

- Externe
- Demi-pensionnaire au ticket (prix du repas 2025-2026 : 4,05€)
- Interne (coût annuel 2025-2026 : 1562,84€)

Attention : le choix du forfait Internat vous engage pour le trimestre. Tout trimestre entamé est dû (sauf en cas de maladie sur présentation d'un certificat médical)

REGLEMENT :

Je règle par chèque bancaire ou en espèces (Le compte restauration doit être approvisionné avant le passage en restauration pour les DP et les externes.)

Je demande à régler par prélèvement bancaire mensuel (mandat de prélèvement à compléter ci-joint)

- ⇒ Prélèvement effectué le 10 de chaque mois (selon les jours ouvrés)
- ⇒ Le prélèvement peut être arrêté à votre demande par simple courrier ou mail au service Intendance.

Attention : Le rejet de 2 prélèvements entraînera l'annulation de ce mode de règlement.

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Lycée Professionnel

Référence unique du mandat :

Mandat valable pour le paiement de toutes les prestations dues à l'établissement (restauration, voyages...)

En signant ce formulaire, vous autorisez LP LYCEE DES METIERS PIERRE MENDES FRANCE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de LP LYCEE DES METIERS PIERRE MENDES FRANCE.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé(e) par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA

FR29ZZZ5

NOM ET PRENOM DE L'ELEVE :

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Nom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

DESIGNATION DU CREANCIER

Nom :

LP LYCEE DES METIERS PIERRE MENDES FRANCE

Adresse :

Route de Saint-Denis
40029

Code postal :

80201

Ville :

PERONNE CEDEX

Pays :

FRANCE

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)

_ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _
-----	---------	---------	---------	---------	---------	---------	-----

IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

_ _	_ _	_ _	_ _
-----	-----	-----	-----

Type de paiement :

Paiement récurrent / répétitif :

Paiement ponctuel :

Signé à :

Signature :

Le (JJ/MM/AAAA) :

DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUE (SI DIFFERENT DU DEBITEUR LUI-MÊME ET LE CAS ECHEANT) :

Nom du tiers débiteur :

JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (au format IBAN/BIC)

Rappel :

En signant ce mandat, j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par LP LYCEE DES METIERS PIERRE MENDES FRANCE. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend avec LP LYCEE DES METIERS PIERRE MENDES FRANCE.

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.



**MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION
NATIONALE
ET DE LA JEUNESSE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

SAVEZ-VOUS QUE VOUS POUVEZ DEMANDER L'ÉTUDE AUTOMATIQUE DE VOTRE DROIT À BOURSE DÈS L'INSCRIPTION DE VOTRE ENFANT ?

JE PEUX FAIRE CETTE DEMANDE SI...

J'ai la **charge effective et permanente** de l'enfant que j'inscris (nourriture, logement, habillement).

QUELS SONT LES AVANTAGES ?

- ✓ Je n'aurai pas besoin de déposer une demande de bourse à la rentrée scolaire.
- ✓ Mon droit à bourse sera étudié automatiquement à **chaque rentrée scolaire**, sans avoir de démarche à réaliser.
- ✓ Je pourrai **retirer mon consentement** à tout moment si je le souhaite. Dans ce cas, je devrai déposer une demande de bourse à chaque rentrée scolaire, par le téléservice bourses ou par le formulaire papier.

COMMENT FAIRE CETTE DEMANDE ?

Je peux demander l'étude automatique de mon droit à bourse **quand j'inscris ou réinscris mon enfant** dans un collège ou un lycée public en ligne sur teleservices.education.gouv.fr ou par la fiche de renseignements papier fournie par l'établissement.

QUELLES INFORMATIONS SONT NÉCESSAIRES ?

- ✓ Je donne **mon consentement** à l'étude automatique du droit à bourse.
- ✓ Je renseigne **les données d'état civil** nécessaires (nom, prénoms, date et lieu de naissance).
- ✓ Si je suis en concubinage, je renseigne les données d'état civil de **mon concubin ou ma concubine** (nom, prénoms, date et lieu de naissance).

Pour plus d'informations : <https://www.education.gouv.fr/les-bourses-de-college-et-de-lycee-326728>

FICHE DU DROIT À BOURSE

Année scolaire :

Classe :

IDENTITÉ DE L'ÉLÈVE

Nom de famille* (1) : Sexe* : F M

Nom d'usage (2) : Né(e) le* : __ / __ / __

Prénom 1* (3) : Prénom 2 : Prénom 3 :

ÉTUDE AUTOMATIQUE DU DROIT À BOURSE

Si vous avez la charge de l'enfant que vous inscrivez (nourriture, logement, habillement), nous pouvons étudier si vous avez **droit à une bourse pour son année scolaire**.

Pour cela, il vous suffit de remplir ou modifier les **informations ci-dessous, pour vous-même et pour votre concubin(e), si vous êtes dans cette situation**.

Ces informations sont indispensables pour nous permettre de récupérer automatiquement vos données fiscales.

De cette manière, vous n'aurez pas besoin de faire une demande de bourse à la rentrée.

Vous obtiendrez une réponse au cours du premier trimestre de l'année scolaire.

J'accepte l'étude automatique de mon droit à bourse et je complète les informations ci-dessous

Vous-même (Parents)

Nom de famille* (1) :
.....

Nom d'usage (2) :
.....

Prénom 1* (3) : Prénom 2 : Prénom 3 :
.....

Date de naissance* : __ / __ / ____ Pays de naissance* :
.....

Département de naissance* (4) : ____ Commune de naissance* (4) :
.....

Votre concubin(e) :

Vous êtes en concubinage si vous vivez en couple sous le même toit, sans être marié ou pacsé (dans ce cas vous payez vos impôts séparément). L'accord de votre concubin(e) est indispensable pour cette démarche

Nom de famille* (1) : Civilité* : Mme
M.

Nom d'usage (2) :
.....

Prénom 1* (3) : Prénom 2 : Prénom 3 :
.....

Date de naissance* : __ / __ / ____ Pays de naissance* :
.....

Département de naissance* (4) : ____ Commune de naissance* (4) :
.....

(1) Nom de famille : nom de naissance, obligatoire

(2) Nom d'usage : à compléter si différent du nom de famille, par ex. nom d'époux/épouse

(3) Prénoms : dans l'ordre de l'état civil

(4) Département (ex : 075) et commune de naissance : à compléter si vous êtes nés en France

Je certifie l'exactitude des informations renseignées ci-dessus.

Date : __ / __ / ____

Signature :

Photo

FICHE INFIRMERIE

A remettre sous enveloppe cachetée à l'attention de l'infirmière

Joindre une photocopie des pages de vaccinations du Carnet de Santé, de l'attestation de carte vitale et de l'attestation de la mutuelle/CMU.

L'ELEVE :

NOM..... Prénom :.....
Classe en 2026/2027 : Date de naissance :.....
Etablissement d'origine :.....

RESPONSABLES LEGAUX :

• NOM : Prénom : Père Mère Autre :.....
Portable : Tel Dom. : Tél Trav :

• NOM : Prénom : Père Mère Autre :.....
Portable : Tel Dom. : Tél Trav :

Autre(s) personnes(s) à contacter en cas d'urgence :

NOM : PRENOM : Tél :

SANTE : cette partie n'est pas obligatoire. Il en va cependant de votre intérêt et de celui de votre enfant qu'elle soit renseignée.

Médecin traitant : Tél :

Date du dernier vaccin DTP : Interventions chirurgicales :

Existe-t-il un déficit ? Auditif Visuel Moteur

Allergies alimentaires : autres :

L'élève est-il ? Diabétique Asthmatique Epileptique autre :

L'élève a-t-il des médicaments à prendre sur le temps scolaire :

Votre enfant bénéficie-t-il d'un suivi psychologique orthophonique autre :

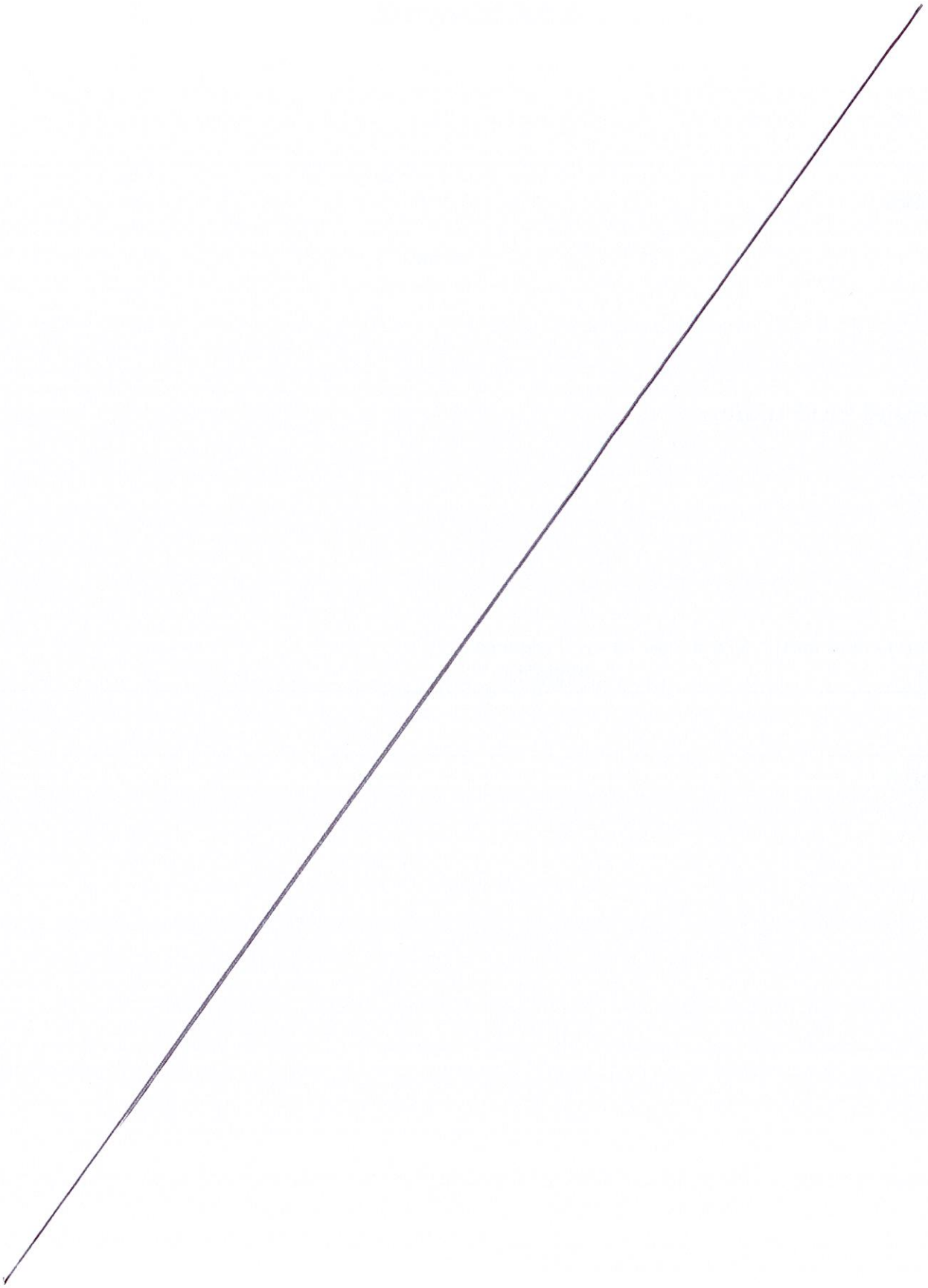
Votre enfant a-t-il déjà bénéficié d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI)*?

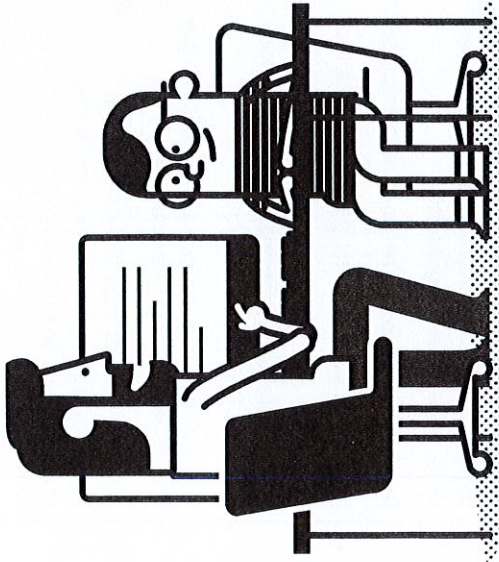
(*) Pour toute demande de PAI, PAP, renouvellement ou toute information qui semble nécessaire, veuillez contacter l'infirmière du lycée à l'adresse courriel : virginie.callewaert@ac-amiens.fr ou par téléphone.

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade, sera orienté et transporté par les services de secours vers l'hôpital le plus adapté après l'avis du 15. La famille sera avertie immédiatement par l'infirmier ou la vie scolaire. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille. Si l'élève est malade sans caractère d'urgence, le responsable légal ou une personne désignée par celui-ci doit venir le chercher au sein de l'établissement.

Date :

Signature du responsable légal :





Quelles informations sont recueillies ?

Dans le cadre de la consultation infirmière qui sera proposée à votre enfant, l'infirmière ou l'infirmière de l'Education nationale pourra transmettre à l'OR2S, certaines données de santé (**date de naissance, poids, taille, état dentaire, vue, audition, vaccinations figurant dans le carnet de santé**).

Votre enfant répondra également à un questionnaire sur sa **scolarité, ses modes de déplacement, ses activités sportives ou extrascolaires, son alimentation et son hygiène de vie, sa situation familiale, l'expérimentation éventuelle du tabac et de l'alcool ainsi que sa sexualité**.

Le questionnaire pourra être rempli avec l'aide de l'infirmier ou de l'infirmière si besoin.

Votre enfant est-il obligé de participer ?



- La participation à Jesais est **volontaire et gratuite**.
- Vous pouvez **accepter ou refuser** la participation de votre enfant.
- Vous pouvez **interrompre** la participation à tout moment.
- Ce choix n'a **aucune conséquence** sur le suivi ou les soins de votre enfant en milieu scolaire.

Nom et prénom de l'élève :

.....

.....

J'accepte que mon enfant participe à l'enquête Jesais et que les données personnelles nécessaires à sa réalisation soient recueillies.

Je n'accepte pas que mon enfant participe à l'enquête Jesais.

Fait à :

Le :

Signature du ou des titulaires de l'autorité parentale :

ATTENTION : DOCUMENT RECTO/VERSO



À REMPLIR ET DONNER À L'INFIRMIER

PARTICIPATION À JESAIS
ANNÉE SCOLAIRE 2026-2027

Je soussigné(e),
(nom et prénom du ou des titulaires
de l'autorité parentale)

.....
.....
.....

certifie avoir pris connaissance
du document d'information relative
à l'enquête Jesaïs.

Je comprends que :

- la participation de mon enfant à Jesaïs est libre, volontaire et gratuite ;
- je peux accepter ou refuser sa participation ;
- je peux interrompre sa participation à tout moment ;
- cela n'aura aucune conséquence sur les soins ou le suivi en milieu scolaire ;
- les données recueillies seront utilisées par l'OR2S dans le respect du RGPD ;
- je peux exercer mes droits d'accès, de rectification ou d'effacement auprès du délégué à la protection des données de l'OR2S : dspd@or2s.fr

COMMENT LES DONNÉES SONT-ELLES PROTÉGÉES ?

Les données sont transmises à l'OR2S via une application sécurisée. Le nom et le prénom de l'élève ne sont pas collectés par l'OR2S.

Seuls les infirmiers et infirmières de l'Éducation nationale et l'OR2S ont accès aux informations individuelles ; pour l'OR2S, elles sont traitées sans nom ni prénom. L'enquête ne donne aucun résultat individuel. Elle vise uniquement une analyse globale et respecte la vie privée des élèves.

Les données personnelles sont conservées par l'OR2S jusqu'à la fin de l'année scolaire suivant l'année de collecte. Passé ce délai, l'identification des élèves n'est plus possible.

VOS DROITS

Pendant cette période, vous pouvez demander l'accès, la rectification ou l'effacement des données auprès du délégué à la protection des données de l'OR2S : dspd@or2s.fr

En l'absence de réponse sous 1 mois, ou en cas de réponse insatisfaisante, vous pouvez saisir la CNIL : www.cnil.fr/fr/plaintes ou CNIL – 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07

CONTACT

QUESTIONS SUR JESAIS :

Martine Rodriguès Sylvie Bonin
03 22 82 77 24 03 22 82 77 39
jesais@or2s.fr

RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE :

www.or2s.fr

JESAIS
JEUNES
EN SANTÉ
INDICATEURS
ET SUIVI



ENQUÊTE 2026-2027

Jesaïs (Jeunes en santé, indicateurs et suivi) est une enquête menée en Hauts-de-France pour mieux connaître la santé et les habitudes de vie des élèves, afin d'aider les actions de prévention et d'éducation à la santé. Elle est réalisée par l'OR2S, en collaboration avec les académies d'Amiens et de Lille, avec l'appui de l'Agence régionale de santé Hauts-de-France et du Conseil régional Hauts-de-France.





RÉGION ACADÉMIQUE
HAUTS-DE-FRANCE

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



Direction des Services Départementaux de l'Éducation Nationale

Service de Promotion de la Santé en Faveur des Élèves

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



Pierre
Mendès
France
Cité Scolaire

Nom du médecin de l'Éducation Nationale : Dr. Coupez

Questionnaire médical initial à remplir par les parents (à remettre au médecin le jour de la visite médicale)

Votre enfant, dans le cadre de la formation professionnelle choisie, aura à travailler dans son établissement scolaire sur des machines, à utiliser des produits ou à être confronté à des situations à risque professionnel.

S'agissant d'un élève mineur, et dans le cadre de la procédure de dérogation aux travaux réglementés par le code du travail (décret n° 2015-443 du 17 avril 2015 – article L 4153-9 du code du travail), l'avis du médecin de l'Éducation Nationale sur la compatibilité entre son état de santé et les tâches et travaux nécessaires à sa formation professionnelle est obligatoire. Il doit être mis à disposition de l'inspecteur du travail. A cet effet, il vous est demandé de remplir le questionnaire ci-dessous destiné au médecin en charge d'examiner votre enfant.

Vos réponses sont strictement confidentielles et soumises au secret médical.

RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉLÈVE

Nom : _____ Prénom : _____ Classe : _____
 Date de naissance : _____
 Adresse : _____
 Code Postal : _____ Ville : _____
 N° de téléphone : _____
 La mère est-elle en bonne santé ? OUI NON Profession : _____
 Le père est-il en bonne santé ? OUI NON Profession : _____
 Nombre de frères et sœurs : _____
 Nom et coordonnées du médecin traitant : _____

MALADIES PRÉSENTÉES ANTERIEUREMENT PAR VOTRE ENFANT

A-t-il(elle) déjà fait des convulsions ? OUI NON Si oui, à quel âge ? _____
 A-t-il(elle) eu d'autres maladies neurologiques ? OUI NON S'agissait-il d'une méningite ? OUI NON
 A-t-il(elle) eu des maladies respiratoires ou allergiques ? OUI NON Précisez : _____
 A-t-il(elle) eu des otites à répétition ? OUI NON
 A-t-il(elle) eu des problèmes de hanche ou de dos ? OUI NON Précisez : _____
 Autres maladies importantes : OUI NON Précisez : _____
 A-t-il(elle) eu des accidents ? OUI NON Précisez : _____
 A-t-il(elle) été hospitalisé(e), voir opéré(e) ? OUI NON Précisez : _____

tournez la page, SVP

ETAT DE SANTE ACTUEL DE VOTRE ENFANT

En ce qui concerne les vaccinations, il est rappelé que l'autorisation d'affectation à des travaux réglementés est conditionnée par une situation vaccinale à jour au regard des obligations prévues par la loi.

A-t-il(elle) souvent des rhumes, sinusites, angines, bronchites, otites ? OUI NON

Actuellement, présente-t-il(elle) d'autres troubles actuellement (asthme, eczéma, allergie, urticaire, pertes de connaissance, malaises, problèmes de dos ou d'articulations, maux de tête, problèmes de vue ou de fatigue oculaire) ? si oui, merci de préciser : OUI NON

Est-il(elle) souvent absent(e) ? OUI NON
si oui, merci de préciser les motifs d'absence :

Est-il(elle) suivi(e) par un médecin, un psychologue, un psychiatre ? OUI NON
si oui, merci de préciser pour quelle raison :

Suit-il(elle) un traitement ? OUI NON
si oui, merci de préciser lequel :

Avez-vous autre chose à signaler (par ex : caractère, comportement, vie familiale,...) ? OUI NON
si oui, merci de préciser lequel :

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

Si vous le souhaitez, le médecin de l'Education Nationale peut vous recevoir sur rendez-vous. Prenez contact à cet effet avec l'infirmerie de l'établissement scolaire.

INFORMATION IMPORTANTE

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

signature des parents :