

## LYCEE DES METIERS GABRIEL PERI

Site PERI

**Vente et commerce\***

30 rue Gabriel Péri

Tél : 05 62 73 77 10

Site MONDRAN

**Mode – Pressing – Fleur\***

25 rue Mondran

Tél : 05 34 31 22 22

### APPRENTISSAGE :

#### CONSTITUTION DU DOSSIER D'INSCRIPTION

*(à remettre au secrétariat de direction le jour de la rentrée)*

- Photocopie d'une pièce d'identité
- Fiche secrétariat. (téléphone et adresse mail obligatoire)
- Photocopie du livret de famille, si divorce des parents, copie du jugement, pour autorité parentale
- Attestation d'assurance responsabilité civile en cours de validité et couvrant l'année scolaire (2023/2024)
- Exeat** (certificat de sortie) délivré par l'établissement d'origine
- Photocopie des bulletins de notes de l'année scolaire 2022-2023
- 1 photo d'identité
- Attestation de recensement et/ou JDC
- Fiche intendance
- Relevé d'identité bancaire du responsable financier
- Fiche urgence santé
- Fiche aptitude travaux règlementés (uniquement pour les élèves des formations mode, fleur et pressing)
- Copie des pages "vaccinations" du carnet de santé
- Copie/notification des dispositifs à réactiver – PAP - PPS - PPRE - PAI , notification MDPH le cas échéant.

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Année scolaire : 2023-2024

Formation : ..... Classe : .....

Les champs suivis d'un astérisque (\*) comportent des précisions utiles pour remplir la fiche

IDENTITE DE L' APPRENTI(E)		
Nom de famille * : .....	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Nom d'usage * : .....	Né(e) le * : / / .....	
Prénom 1 * : .....	Prénom 2 : .....	Prénom 3 : .....
Commune de naissance : .....	Département de naissance * : .....	
Pays de naissance : .....	Nationalité : .....	

*Nom de famille* : nom de naissance, obligatoire

*Nom d'usage* : uniquement pour le nom d'époux/épouse

*Prénoms* : dans l'ordre de l'état civil

*Né(e) le* : sous la forme JJ/MM/AAAA

*Département de naissance* : code département sous la forme XXX (ex. : 075 pour Paris) pour les élèves nés en France

REPRESENTANT LEGAL *	A contacter en priorité : <input type="checkbox"/>
Lien avec l'apprenti(e) * : .....	Civilité : Mme <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/>
Nom de famille : .....	
Nom d'usage : .....	Prénom : .....
Profession ou catégorie socio-professionnelle : .....	
Adresse : .....	
Code postal : .....	Commune : .....
Pays : .....	@ Courriel : .....
J'accepte de communiquer mon adresse (postale et électronique) aux associations de parents d'élèves : <input type="checkbox"/>	
 domicile : .....	 travail : .....
 mobile : .....	J'accepte de recevoir des SMS : <input type="checkbox"/>

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 *	A contacter en priorité : <input type="checkbox"/>
Lien avec l'apprenti(e) * : .....	Civilité : Mme <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/>
Nom de famille : .....	
Nom d'usage : .....	Prénom : .....
Profession ou catégorie socio-professionnelle : .....	
Adresse : .....	
Code postal : .....	Commune : .....
Pays : .....	@ Courriel : .....
J'accepte de communiquer mon adresse (postale et électronique) aux associations de parents d'élèves : <input type="checkbox"/>	
 domicile : .....	 travail : .....
 mobile : .....	J'accepte de recevoir des SMS : <input type="checkbox"/>

**PERSONNE AYANT LA CHARGE EFFECTIVE DE L' APPRENTI(E)\***A contacter en priorité : Lien avec l'apprenti(e)\* : ..... Civilité : Mme  M. 

Nom de famille : .....

Nom d'usage : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Pays : ..... @ Courriel : .....

 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)

**COORDONNEES DE L' APPRENTI(E)** L'élève habite chez \* : ..... Possède sa propre adresse \* : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Pays : ..... @ Courriel de l'apprenti(e) : .....

 Mobile de l'élève : .....

*L'élève habite chez* : n'indiquer qu'un seul responsable parmi les représentants légaux ou la personne en charge, même dans le cas où l'élève habite chez ses deux parents, ensemble ou séparément.

*L'élève possède sa propre adresse* : dans ce cas uniquement, remplir les champs *adresse*, *code postal*, *commune* et *pays*.

**AUTRE PERSONNE A CONTACTER**Lien avec l'apprenti(e)\* : ..... Civilité : Mme  M. 

Nom de famille : .....

Nom d'usage : ..... Prénom : .....

 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)

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

Date :    /    / .....

Signature :



## APTITUDE AUX TRAVAUX REGLEMENTÉS

Questionnaire pour la visite médicale en 1ère année  
à remplir par les parents ou tuteurs légaux de l'élève dans le cadre de  
l'aptitude à suivre une formation professionnelle et obligatoire  
(Code du travail : articles D4153-41 à D4153-47)



RÉGION ACADÉMIQUE  
OCCITANIE

MINISTÈRE  
DE L'ÉDUCATION NATIONALE  
ET DE LA JEUNESSE

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

### Carnet de santé obligatoire

#### Elève

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

- Section suivie :
- CAP Fleuriste
  - CAP Métiers entretien des textiles – Pressing
  - BAC PRO Métiers de la mode
  - BTS Métiers de la mode – vêtement
  - DNMADE costumier de spectacle

#### Responsable légaux :

Nom : ..... Prénom : .....

Téléphone : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Téléphone : .....

Votre enfant va suivre une formation professionnelle l'exposant à des travaux règlementés pour les mineurs (15 à 18 ans). Nous vous demandons de remplir le questionnaire ci-dessous en vue d'établir l'aptitude pour l'année scolaire 202.....-202.....

**CE QUESTIONNAIRE DOIT ETRE OBLIGATOIREMENT REMPLI POUR SA FORMATION**

#### Coordonnées du Médecin traitant :

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

#### Antécédents médicaux :

- |                             | Si oui, précisez |       |
|-----------------------------|------------------|-------|
| • <u>Allergie :</u>         |                  |       |
| - respiratoire              | oui   non        | ..... |
| - cutanée                   | oui   non        | ..... |
| - alimentaire               | oui   non        | ..... |
| • Asthme                    | oui   non        | ..... |
| • Eczéma                    | oui   non        | ..... |
| • Epilepsie                 | oui   non        | ..... |
| • Diabète                   | oui non          | ..... |
| • Maladie ostéo-articulaire | oui non          | ..... |
| • <u>Sensoriel :</u>        |                  |       |
| - problème de vue           | oui non          | ..... |
| - problème d'audition       | oui non          | ..... |
| • Maladie cardiaque         | oui non          | ..... |

- Toutes pathologies ou maladies qui vous semblent importantes à nous communiquer :  
.....  
.....
- 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**

## FICHE D'URGENCE A L'ATTENTION DES PARENTS\*

Nom : ..... Prénom : .....

Classe fréquentée

Année scolaire	Classe
2023/2024	
2024/2025	
2025/2026	

Date de naissance : ...../...../.....

Nom et adresse des parents ou du représentant légal :

.....  
.....

N° et adresse du centre de sécurité sociale :

.....  
.....

N° et adresse de l'assurance scolaire :

.....  
.....

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides  
Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone :

1. N° de téléphone du domicile : .....

2. N° de téléphone du père : ..... travail : .....

3. N° de téléphone de la mère : ..... travail : .....

4. Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

.....

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

**Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :** .....

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (Allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre) :

.....  
.....

**Nom, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :**

.....  
.....

**Signature du Responsable légal :**

*\*DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire.*

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention du médecin ou de l'infirmière de l'établissement.

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Année scolaire : 2023-2024

Formation : ..... Classe : .....

Les champs suivis d'un astérisque (\*) comportent des précisions utiles pour remplir la fiche

IDENTITE DE L' APPRENTI(E)		
Nom de famille * : .....	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Nom d'usage * : .....	Né(e) le * : / / .....	
Prénom 1 * : .....	Prénom 2 : .....	Prénom 3 : .....
Commune de naissance : .....	Département de naissance * : .....	
Pays de naissance : .....	Nationalité : .....	

*Nom de famille* : nom de naissance, obligatoire

*Nom d'usage* : uniquement pour le nom d'époux/épouse

*Prénoms* : dans l'ordre de l'état civil

*Né(e) le* : sous la forme JJ/MM/AAAA

*Département de naissance* : code département sous la forme XXX (ex. : 075 pour Paris) pour les élèves nés en France

REPRESENTANT LEGAL *	A contacter en priorité : <input type="checkbox"/>
Lien avec l'apprenti(e) * : .....	Civilité : Mme <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/>
Nom de famille : .....	
Nom d'usage : .....	Prénom : .....
Profession ou catégorie socio-professionnelle : .....	
Adresse : .....	
Code postal : .....	Commune : .....
Pays : .....	@ Courriel : .....
J'accepte de communiquer mon adresse (postale et électronique) aux associations de parents d'élèves : <input type="checkbox"/>	
 domicile : .....	 travail : .....
 mobile : .....	J'accepte de recevoir des SMS : <input type="checkbox"/>

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 *	A contacter en priorité : <input type="checkbox"/>
Lien avec l'apprenti(e) * : .....	Civilité : Mme <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/>
Nom de famille : .....	
Nom d'usage : .....	Prénom : .....
Profession ou catégorie socio-professionnelle : .....	
Adresse : .....	
Code postal : .....	Commune : .....
Pays : .....	@ Courriel : .....
J'accepte de communiquer mon adresse (postale et électronique) aux associations de parents d'élèves : <input type="checkbox"/>	
 domicile : .....	 travail : .....
 mobile : .....	J'accepte de recevoir des SMS : <input type="checkbox"/>

**PERSONNE AYANT LA CHARGE EFFECTIVE DE L' APPRENTI(E)\***A contacter en priorité : Lien avec l'apprenti(e)\* : ..... Civilité : Mme  M. 

Nom de famille : .....

Nom d'usage : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Pays : ..... @ Courriel : .....

 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)

**COORDONNEES DE L' APPRENTI(E)** L'élève habite chez \* : ..... Possède sa propre adresse \* : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Pays : ..... @ Courriel de l'apprenti(e) : .....

 Mobile de l'élève : .....

*L'élève habite chez* : n'indiquer qu'un seul responsable parmi les représentants légaux ou la personne en charge, même dans le cas où l'élève habite chez ses deux parents, ensemble ou séparément.

*L'élève possède sa propre adresse* : dans ce cas uniquement, remplir les champs *adresse*, *code postal*, *commune* et *pays*.

**AUTRE PERSONNE A CONTACTER**Lien avec l'apprenti(e)\* : ..... Civilité : Mme  M. 

Nom de famille : .....

Nom d'usage : ..... Prénom : .....

 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)

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

Date :    /    / .....

Signature :

## LYCEE DES METIERS GABRIEL PERI

Site PERI

**Vente et commerce\***

30 rue Gabriel Péri

Tél : 05 62 73 77 10

Site MONDRAN

**Mode – Pressing – Fleur\***

25 rue Mondran

Tél : 05 34 31 22 22

### APPRENTISSAGE :

#### CONSTITUTION DU DOSSIER D'INSCRIPTION

*(à remettre au secrétariat de direction le jour de la rentrée)*

- Photocopie d'une pièce d'identité
- Fiche secrétariat. (téléphone et adresse mail obligatoire)
- Photocopie du livret de famille, si divorce des parents, copie du jugement, pour autorité parentale
- Attestation d'assurance responsabilité civile en cours de validité et couvrant l'année scolaire (2023/2024)
- Exeat** (certificat de sortie) délivré par l'établissement d'origine
- Photocopie des bulletins de notes de l'année scolaire 2022-2023
- 1 photo d'identité
- Attestation de recensement et/ou JDC
- Fiche intendance
- Relevé d'identité bancaire du responsable financier
- Fiche urgence santé
- Fiche aptitude travaux règlementés (uniquement pour les élèves des formations mode, fleur et pressing)
- Copie des pages "vaccinations" du carnet de santé
- Copie/notification des dispositifs à réactiver – PAP - PPS - PPRE - PAI , notification MDPH le cas échéant.

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Année scolaire : 2023-2024

Formation : ..... Classe : .....

Les champs suivis d'un astérisque (\*) comportent des précisions utiles pour remplir la fiche

IDENTITE DE L' APPRENTI(E)		
Nom de famille * : .....	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Nom d'usage * : .....	Né(e) le * : / / .....	
Prénom 1 * : .....	Prénom 2 : .....	Prénom 3 : .....
Commune de naissance : .....	Département de naissance * : .....	
Pays de naissance : .....	Nationalité : .....	

*Nom de famille* : nom de naissance, obligatoire

*Nom d'usage* : uniquement pour le nom d'époux/épouse

*Prénoms* : dans l'ordre de l'état civil

*Né(e) le* : sous la forme JJ/MM/AAAA

*Département de naissance* : code département sous la forme XXX (ex. : 075 pour Paris) pour les élèves nés en France

REPRESENTANT LEGAL *	A contacter en priorité : <input type="checkbox"/>
Lien avec l'apprenti(e) * : .....	Civilité : Mme <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/>
Nom de famille : .....	
Nom d'usage : .....	Prénom : .....
Profession ou catégorie socio-professionnelle : .....	
Adresse : .....	
Code postal : .....	Commune : .....
Pays : .....	@ Courriel : .....
J'accepte de communiquer mon adresse (postale et électronique) aux associations de parents d'élèves : <input type="checkbox"/>	
 domicile : .....	 travail : .....
 mobile : .....	J'accepte de recevoir des SMS : <input type="checkbox"/>

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 *	A contacter en priorité : <input type="checkbox"/>
Lien avec l'apprenti(e) * : .....	Civilité : Mme <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/>
Nom de famille : .....	
Nom d'usage : .....	Prénom : .....
Profession ou catégorie socio-professionnelle : .....	
Adresse : .....	
Code postal : .....	Commune : .....
Pays : .....	@ Courriel : .....
J'accepte de communiquer mon adresse (postale et électronique) aux associations de parents d'élèves : <input type="checkbox"/>	
 domicile : .....	 travail : .....
 mobile : .....	J'accepte de recevoir des SMS : <input type="checkbox"/>

**PERSONNE AYANT LA CHARGE EFFECTIVE DE L' APPRENTI(E)\***A contacter en priorité : Lien avec l'apprenti(e)\* : ..... Civilité : Mme  M. 

Nom de famille : .....

Nom d'usage : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Pays : ..... @ Courriel : .....

 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)

**COORDONNEES DE L' APPRENTI(E)** L'élève habite chez \* : ..... Possède sa propre adresse \* : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Pays : ..... @ Courriel de l'apprenti(e) : .....

 Mobile de l'élève : .....

*L'élève habite chez* : n'indiquer qu'un seul responsable parmi les représentants légaux ou la personne en charge, même dans le cas où l'élève habite chez ses deux parents, ensemble ou séparément.

*L'élève possède sa propre adresse* : dans ce cas uniquement, remplir les champs *adresse*, *code postal*, *commune* et *pays*.

**AUTRE PERSONNE A CONTACTER**Lien avec l'apprenti(e)\* : ..... Civilité : Mme  M. 

Nom de famille : .....

Nom d'usage : ..... Prénom : .....

 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)

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

Date :    /    / .....

Signature :

## APTITUDE AUX TRAVAUX REGLEMENTÉS

Questionnaire pour la visite médicale en 1ère année  
à remplir par les parents ou tuteurs légaux de l'élève dans le cadre de  
l'aptitude à suivre une formation professionnelle et obligatoire  
(Code du travail : articles D4153-41 à D4153-47)



### Carnet de santé obligatoire

#### Elève

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

- Section suivie :  CAP Fleuriste  
 CAP Métiers entretien des textiles – Pressing  
 BAC PRO Métiers de la mode  
 BTS Métiers de la mode – vêtement  
 DNMADE costumier de spectacle

#### Responsable légaux :

Nom : ..... Prénom : .....

Téléphone : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Téléphone : .....

Votre enfant va suivre une formation professionnelle l'exposant à des travaux règlementés pour les mineurs (15 à 18 ans). Nous vous demandons de remplir le questionnaire ci-dessous en vue d'établir l'aptitude pour l'année scolaire 202.....-202.....

**CE QUESTIONNAIRE DOIT ETRE OBLIGATOIREMENT REMPLI POUR SA FORMATION**

#### Coordonnées du Médecin traitant :

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

#### Antécédents médicaux :

- |                             | Si oui, précisez |       |
|-----------------------------|------------------|-------|
| • <u>Allergie :</u>         |                  |       |
| - respiratoire              | oui   non        | ..... |
| - cutanée                   | oui   non        | ..... |
| - alimentaire               | oui   non        | ..... |
| • Asthme                    | oui   non        | ..... |
| • Eczéma                    | oui   non        | ..... |
| • Epilepsie                 | oui   non        | ..... |
| • Diabète                   | oui   non        | ..... |
| • Maladie ostéo-articulaire | oui   non        | ..... |
| • <u>Sensoriel :</u>        |                  |       |
| - problème de vue           | oui   non        | ..... |
| - problème d'audition       | oui   non        | ..... |
| • Maladie cardiaque         | oui   non        | ..... |

- Toutes pathologies ou maladies qui vous semblent importantes à nous communiquer :  
.....  
.....
- 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, précisez :  
.....  
.....

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**

## FICHE D'URGENCE A L'ATTENTION DES PARENTS\*

Nom : ..... Prénom : .....

Classe fréquentée

Année scolaire	Classe
2023/2024	
2024/2025	
2025/2026	

Date de naissance : ...../...../.....

Nom et adresse des parents ou du représentant légal :

.....  
.....

N° et adresse du centre de sécurité sociale :

.....  
.....

N° et adresse de l'assurance scolaire :

.....  
.....

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides  
Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone :

1. N° de téléphone du domicile : .....

2. N° de téléphone du père : ..... travail : .....

3. N° de téléphone de la mère : ..... travail : .....

4. Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

.....

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

**Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :** .....

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (Allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre) :

.....  
.....

**Nom, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :**

.....  
.....

**Signature du Responsable légal :**

\*DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire.

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention du médecin ou de l'infirmière de l'établissement.

## FICHE D'URGENCE A L'ATTENTION DES PARENTS\*

Nom : ..... Prénom : .....

Classe fréquentée

Année scolaire	Classe
2023/2024	
2024/2025	
2025/2026	

Date de naissance : ...../...../.....

Nom et adresse des parents ou du représentant légal :

.....  
.....

N° et adresse du centre de sécurité sociale :

.....  
.....

N° et adresse de l'assurance scolaire :

.....  
.....

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides  
Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone :

1. N° de téléphone du domicile : .....

2. N° de téléphone du père : ..... travail : .....

3. N° de téléphone de la mère : ..... travail : .....

4. Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

.....

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

**Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :** .....

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement  
(Allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre) :

.....  
.....

**Nom, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :**

.....  
.....

**Signature du Responsable légal :**

\*DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire.

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention du médecin ou de l'infirmière de l'établissement.