

**Fiche de renseignements médicaux
pour tout candidat à une poursuite d'études
en voie professionnelle**

A compléter par les représentants légaux et retour – si, et seulement si, l'une des situations médicales est cochée – sous enveloppe cachetée au service infirmier de l'établissement dès que possible et au plus tard le mercredi 13 mai 2024.

*Votre enfant, dans le cadre de ses choix d'orientation, exprime le souhait de s'orienter vers l'enseignement professionnel (1^{re} année CAP, 2nde professionnelle). Cette fiche vise à repérer d'éventuelles **contre-indications** pour certaines formations professionnelles*

Vos informations sont strictement confidentielles et soumises au secret médical.

Élève		
NOM :	Prénom :	Né le :
Vœux	Intitulé de la formation ou spécialité de voie professionnelle	Partie réservée au Médecin de l'Éducation Nationale
1 :		
2 :		
3 :		
4 :		
5 :		
6 :		

Votre enfant présente-t-il une (des) maladie(s) suivante(s) et la(les)quelle(s) ?

- Cardio-vasculaire :
- Cutanée (eczéma, etc...) :
- Osseuse ou articulaire :
- Neuropsychologique (dont épilepsie) :
- Allergie :
- Pulmonaire (asthme, etc...) :

- Présente-t-il un handicap ? Lequel ?
- A-t-il subi une ou des opérations ? La(les)quelle(s) ?
- Suit-il un traitement au long cours ? Lequel ?

Est-il suivi par un médecin spécialiste ou un service de soin particulier ? oui non

Souhaitez-vous être contactés ? oui non

Si oui, indiquez ci-dessous

Votre numéro de téléphone :

Votre courriel :

A

Le

Signature des représentants légaux