

ETAT DE SANTE ACTUEL DE VOTRE ENFANT

A-t-il souvent des rhumes, sinusites, angines, bronchites, otites ? : OUI NON

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

Est-il souvent absent ? : OUI NON

Est-il suivi par un médecin, un psychologue, un psychiatre ? : OUI NON

Si oui, précisez :

Suit-il un traitement ? : OUI NON

Si oui, précisez :

Votre enfant est-il intéressé par un métier ? : OUI NON

Si oui, précisez :

Avez-vous autre chose à signaler ? (par ex : caractère, comportement, vie familiale...) :

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. ...).

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'ELEVE :

SIGNATURE DES PARENTS :