



- .....
- 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 :
- .....

- 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 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.**

**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 A REMETTRE AU MEDECIN

LE JOUR DE LA VISITE