

QUESTIONNAIRE MEDICAL PREPARATOIRE

(visite médicale – dérogation -18 ans)

NOM : _____ Prénom : _____ Poids : _____ kg
Sexe : H F Né le : _____ Taille : _____ cm

Etablissement scolaire fréquenté :

Dans votre famille proche : (parents, frères sœurs, oncle tante du 1^odegré , y a-t-il des maladies graves ?

non oui, Si oui, préciser :

1/ Comment évaluez vous votre état de santé général ?

très bon bon moyen mauvais très mauvais

2/ Souffrez-vous actuellement d'une maladie ou d'un problème de santé chronique ?

non oui

si oui à préciser :

3/ Portez-vous des lunettes ou lentilles ? non oui

si oui pour : vision de près vision de loin date dernier renouvellement

4/ Avez-vous des problèmes d'audition ? non oui

si oui à préciser :

5/ Avez-vous déjà eu (si oui préciser date et nature) :

- une allergie non oui :

- une opération non oui :

- une maladie cardio-vasculaire non oui :

- du diabète non oui :

- des crises d'épilepsie non oui :

- des troubles de l'humeur non oui : DYSLEXIE non oui

- Fractures, entorses graves, scoliose : non oui

- un autre problème de santé non mentionné ci-dessus : non oui :

6 / Habitudes de vie :

- Fumez-vous du tabac ? non oui, , nombre de cigarettes par jour

- Consommez vous de l'alcool ? non oui,

si oui, préciser : très occasionnellement, occasionnellement, régulièrement

- Consommez-vous d'autres substances psychoactives (cannabis, cocaïne...) ?

non oui, si oui, préciser :

- Faites-vous du sport ? non oui, si oui, précisez :

7/ Suivez-vous actuellement un traitement médicamenteux :

non oui,

si oui, précisez :

8 / Vaccinations :

- date dernier vaccin antitétanique (DTP, REVAXIS, BOOSTRIX...) :

- date BCG : _____, dernière IDR :

9/ Remarques :

L'exactitude des éléments renseignés ci-dessus est nécessaire à l'évaluation du médecin.

Renseigné le

Signature élève

Signature parent(s)