

## QUESTIONNAIRE MEDICAL PREPARATOIRE

(Visite médicale – dérogation -18 ans)

NOM : Prénom : Poids : kg  
Sexe : H  F  Né(e) le : Taille : cm

**Etablissement scolaire fréquenté :**

**Comment évaluez-vous votre état de santé général ?**

Très bon  bon  moyen  mauvais  très mauvais

Avez-vous une aide scolaire : MDPH, ULYSSE, TIERS DE TEMPS ?

non  oui,

**1/ Dans votre famille proche :** (parents, frères sœurs, oncle tante du 1<sup>o</sup>degré, y a-t-il des maladies graves ?

non  oui, Si oui, préciser :

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

non  oui alors préciser :

**3/ Portez-vous des lunettes ou lentilles ?**

non  oui **SI OUI**  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.....
- Problème de peau : eczéma, crevasses  non  oui.....
- une opération.....  non  oui.....
- une maladie cardio-vasculaire.....  non  oui.....
- Des malaises.....  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.....  non  oui.....
- Douleurs dos fréquentes, scoliose.....  non  oui.....
- Un autre problème de santé.....  non  oui.....

**6 / Habitudes de vie :**

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

- Consommez-vous de l'alcool ?  non  oui occasionnellement  oui régulièrement

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

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

**7/ Suivez-vous actuellement un traitement médicamenteux.....**  non  oui

nom des médicaments

**Avez-vous un PAI.....**  non  oui

**8 / Avez-vous un suivi par un médecin :** spécialiste, psychiatre, psychologue  non  oui

**9/ Remarques :**

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

Renseigné le

Signature élève

Signature parent(s)