

Aurillac, juin 2023

A l'attention du médecin traitant,

Objet : Dérogation pour les travaux réglementés réalisés par les élèves mineurs.

Madame, Monsieur,

Le Proviseur

Affaire suivie par
Catherine MANHEVAL
Infirmière Education Nationale

Téléphone (standard)

04 71 45 60 60

Fax

04 71 45 60 79

Mél.

0150008C@ac-clermont.fr

55, Av. Dr. Jean Chanal

BP 527

15 005 Aurillac Cedex

Dans le cadre de leur formation professionnelle, les élèves (CAP et Bac Pro) sont amenés à utiliser des matériels et produits exigeant une dérogation aux travaux réglementés.

En voici la liste :

Matériels utilisés : batteur-mélangeur, trancheur de jambon, coupe légumes, éplucheur à légumes, essoreuse à légumes, robot-coupe, hacheur-broyeur, laminoir à pâtisserie, mixeur-plongeur-blender, hachoir à viande...

Produits utilisés : des produits détergents, des désinfectants, des décapants, des produits vaisselle manuelle et machine...

D'autre part, les élèves travaillent en station debout prolongée et portent des charges.

Après avoir consulté le questionnaire médical (**document A**) que doit vous présenter la famille, nous vous demandons de bien vouloir compléter l'avis médical (**document C**) ci-joint.

Ce document est indispensable pour que les élèves puissent suivre leur formation.

Sachant compter sur votre collaboration, veuillez agréer, Madame, Monsieur, nos sincères salutations.



**ACADÉMIE
DE CLERMONT-FERRAND**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Année scolaire 2023-2024

Service médical en faveur des élèves

Etablissement scolaire : Lycée des Métiers Raymond Cortat – 55 av Dr Jean Chanal – 15000 AURILLAC

Questionnaire médical à remplir par les parents

Votre enfant, dans le cadre de sa formation professionnelle, **aura à effectuer des travaux dits « réglementés » (travaux soumis à dérogation pour les élèves mineurs de plus de 15 ans)**

Votre enfant mineur doit obtenir **une dérogation** pour ces travaux qui sont normalement interdits aux jeunes de moins de 18 ans (articles **L.4153-9, D.4153-15 à D.4153-37, R 4153-40 et suivants** du code du travail).

L'avis médical du médecin de l'éducation nationale ou d'un autre médecin est obligatoire.

Cet avis d'aptitude est valable un an à compter de la date de délivrance.

A cet effet, il vous est demandé de remplir le questionnaire ci-dessous, destiné au médecin en charge d'examiner votre enfant.

Vos réponses sont strictement confidentielles : ce questionnaire sera remis sous enveloppe cachetée à l'attention du médecin.

Nom et prénom de l'élève..... Classe :

Né(e) le :

Adresse :

Téléphone (s) :

Le père est-il en bonne santé ? : oui ☐ non ☐

Profession :

La mère est-elle en bonne santé ? : oui ☐ non ☐

Profession :

Nombre de frères et sœurs :

Nom et coordonnées du médecin traitant :

1. Maladies présentées antérieurement par votre enfant :

→ a-t-il déjà fait des convulsions ? non ☐ oui ☐ si oui, à quel âge ?

→ a-t-il eu d'autres maladies neurologiques ? non ☐ oui ☐

Si oui, s'agissait-il d'une méningite ? oui ☐ non ☐

→ a-t-il eu des maladies respiratoires ou allergiques ? non ☐ oui ☐ précisez :

→ a-t-il fait des otites à répétition ? non ☐ oui ☐

→ a-t-il eu des problèmes de hanche ou de dos ? non ☐ oui ☐

→ autres maladies importantes :

A-t-il eu des accidents ? non ☐ oui ☐ précisez :

A-t-il été hospitalisé, et/ou opéré, ... ? non ☐ oui ☐ précisez :

2. Vaccinations :

Il est rappelé que l'autorisation des travaux dits réglementés est conditionnée par une situation vaccinale conforme aux obligations prévues par la Loi.

Nous vous invitons à vous assurer que le statut vaccinal de votre enfant est bien à jour.

3. état de santé actuel de votre enfant :

Votre enfant :

→ bénéficie-t-il d'un dispositif particulier d'adaptation et d'accompagnement de sa scolarité

PAI (projet d'accueil individualisé pour maladie chronique) non ☐ oui ☐

PAP (plan d'accompagnement personnalisé pour troubles des apprentissages) non ☐ oui ☐

PPS (projet personnalisé de scolarisation pour handicap reconnu par la MDPH) non ☐ oui ☐

→ a-t-il souvent des rhumes, sinusites, angines, bronchites, otites ? non ☐ oui ☐

→ actuellement présente-t-il d'autres troubles ? (soulignez et précisez)

• asthme :

.....

• eczéma, allergie, urticaire :

.....

• pertes de connaissance, malaises :

.....

• problèmes de dos ou d'articulations :

.....

• maux de tête :

.....

• problèmes de vue ou de fatigue oculaire :

.....

→ est-il souvent absent ? non ☐ oui ☐

→ est-il suivi par un médecin, un psychologue, un psychiatre ? non ☐ oui ☐

→ suit-il un traitement ? non ☐ oui ☐

précisez :

→ votre enfant est-il intéressé par un métier ? non ☐ oui ☐

précisez :

→ avez-vous autre chose à signaler qui vous semble important ? :

(par exemple : caractère, comportement, vie familiale,...)

4. Informations importantes :

4.1 La consommation de produits psycho actifs (alcool, cannabis, autres drogues) et de certains médicaments peut avoir des conséquences en cas d'utilisation de machines dites dangereuses ou de conduites d'engins.

Elle peut entraîner une inaptitude à la poursuite de la formation professionnelle dispensée pendant le temps nécessaire.

4.2 L'aptitude sera à revoir en cas de grossesse.

Je déclare avoir pris connaissance de l'information ci-dessus.

A..... le.....

Signature de l'élève :

Signature des parents :

Nous vous prions de bien vouloir confier à votre enfant son carnet de santé et une copie de tous documents utiles en votre possession (comptes rendus récents de radiographie, d'examen biologique, rapports médicaux, etc...)

AVIS MEDICAL D'APTITUDE AUX TRAVAUX REGLEMENTES POUR LES JEUNES AGES DE 15 A 18 ANS

Code du travail, art. L.4153-9, R.4153-38 à R.4153-45, R 4143-40 et suivants, D4153-15 à D4153-37

Code de l'éducation, notamment les articles L. 331-4, L. 336-1 et L. 337-1

Décret n°2015-443 du 17 avril 2015

Instruction interministérielle n° DGT/CT1/DGEFP/DPJJ/DGESCO/DGCS/DGER DAFSL/2016/273 du 7 septembre 2016 relative à la mise en œuvre des dérogations aux travaux interdits pour les jeunes âgés de quinze ans au moins et de moins de dix-huit ans

À remplir par la famille

Nom : Prénom : Date de naissance :

Formation suivie / classe :

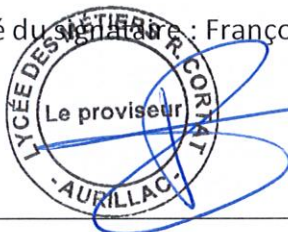
À remplir par l'établissement

Etablissement : Lycée des Métiers Raymond Cortat - Aurillac

- | | |
|--|---|
| ☒ agents chimiques dangereux (ACD)(produits nettoyeurs sols et surfaces) | ☐ Rayonnements ionisants |
| ☐ Rayonnements optiques artificiels | ☒ Appareils sous pression (autocuiseur) |
| ☐ Travaux en milieu hyperbare | ☐ Travaux en milieu confiné |
| ☐ Travaux en contact du verre et du métal en fusion | |
| ☐ Montage et démontage d'échafaudage | |
| ☐ Travaux temporaire en hauteur (escabeaux, échelles, marchepieds) et harnais de sécurité | |
| ☐ Conduite d'équipements de travail mobiles automoteurs et d'équipements de travail servant au levage | |
| ☒ Utilisation, entretien ou maintenance hors arrêt d'équipements de travail ou machines | |
| ☐ Autres risques éventuels à détailler : | |

Nom et qualité du signataire : François DEFRANCE, Proviseur

Signature :



Date : juin 2023

À remplir par le médecin

- ☐ Apte pour la formation
- ☐ Apte avec les aménagements suivants :
- ☐ Inapte temporaire jusqu'au :
- ☐ Inapte pour la formation :

Remarque : avis établi sous réserve de l'exactitude des renseignements fournis par la famille et l'élève, au vu des éléments médicaux en ma possession, et après examen clinique de l'élève ce jour.

Nom et cachet du médecin:

Signature :

Date :