**Volet 1/2 : A remplir par l’étudiant avec l’aide du médecin**

 **traitant si nécessaire**

**Renseignements administratifs** (à remplir en majuscules)

Nom : …………………………………….………….……. Prénom : ……………..……………………………. Sexe : M – F

Lieu et date de naissance : ………………………………………………….……. Nationalité : …………………………

N° de registre national : …..….……...…..…-………….……………………………………………………………………….

Adresse : …………………………………………………………………………………………….……………….N°………………………

Localité : ………………………………………………………………..………………….…. Code postal : ……………………..…

Téléphone privé : ……………………………………….………. GSM : ………………………………………………………………

Mail : ……………………………………………………………………………….@ ……………….……………………………………….…

Médecin traitant : ………………………………………………………………………………………………………………………….…

Etablissement scolaire : ………………………………………………………………………………………………………………….

Section : …………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Hygiène de vie**

|  |
| --- |
| TABAC ❒ OUI ❒ NON  Si oui, ………… cigarettes / jour, depuis …………. Années |
| ALCOOL ❒ OUI ❒ NON  Si oui : ………… à ………… verres / semaine |
| SPORT ❒ OUI ❒ NON Si oui : ………… à ………… heures / semaine  Le(s)quel(s) :………………………………………………………………………………………………................…………… |
| Consommez-vous du CAFE OU des BOISSONS ENERGISANTES (coca, …) ❒ OUI ❒ NON Si oui : …… à …… verres (tasses) / semaine Le(s)quel(s) principalement ? : ……………………………………  |
| ALIMENTATION : à votre avis, mangez-vous équilibré ? (apport régulier en protéines, vitamines et minéraux, pas d’excès de graisses / sucres) ❒ OUI ❒ NON  |
| SOMMEIL : Dormez-vous bien ? ❒ OUI ❒ NON (…………. heures / nuit) |

**Antécédents familiaux**

Est-ce que certains membres de votre famille sont atteints d’une maladie chronique ? (diabète, maladie cardiaque / respiratoire / rénale / neurologique / articulaire, …) ❒ OUI ❒ NON

Si oui, laquelle ? …………………………………………………………………………………………………………………………………

**Antécédents personnels**

1. Avez-vous déjà subi une intervention **chirurgicale** ? ❒ OUI ❒ NON

 Si oui, laquelle et en quelle année ? …………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…..

1. Avez-vous subi des **accidents** ou traumatismes (fractures, lumbago, …. ) ? ❒ OUI ❒ NON Si oui, lesquels et en quelle année ? Etaient-ils liés au travail ?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Souffrez-vous d’**allergie** ? ❒ OUI ❒ NON

Si oui, laquelle ? ❒ cutanée (si oui, allergène(s) = ………………………………………………..………………………………….……….…….)

 ❒ respiratoire (si oui, allergène(s) = ……………………………………………………………………………….……….…..)

 ❒ vaccins, œufs, produits chimiques ou latex (si oui, allergène(s) = ………………….…………….….)

 ❒ médicaments / antibiotiques (si oui, allergène(s) = ………………………………..…………………….…..)

1. Avez-vous ou êtes-vous victime d’une **affection** :
* du système cutané (eczéma, …) ❒ OUI ❒ NON
* du système respiratoire (asthme, toux, essoufflement, …) ❒ OUI ❒ NON
* du système cardiovasculaire (palpitations, souffle cardiaque, varices, …) ❒ OUI ❒ NON
* du système visuel (myopie, astigmatisme, daltonisme, …) ❒ OUI ❒ NON
* du système ORL (nez, gorge, oreilles) ❒ OUI ❒ NON
* du système digestif (ulcère, hépatite, …) ❒ OUI ❒ NON
* du système nerveux (épilepsie, trouble de l’équilibre, commotion cérébrale, …) ❒ OUI ❒ NON
* du système uro-génital (reins, vessies, organes reproducteurs,…) ❒ OUI ❒ NON
* du système endocrinien (diabète, thyroïde, …) ❒ OUI ❒ NON
* du système locomoteur (problème articulaire, hernie discale, …) ❒ OUI ❒ NON
* du système sanguin ou lymphatique (anémie, maladie auto-immune, …) ❒ OUI ❒ NON
* autre affection à signaler (tumeur, infection, douleur chronique, dépression, troubles anxieux, …) : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Traitements**

Prenez-vous actuellement des médicaments (ou contraceptif) ? ❒ OUI ❒ NON

Si oui, lequel/lesquels ? ………………………………………………………………………………………………….

AUTRE (kinésithérapie, ostéopathie, phytothérapie, psychothérapie, médecine douce, …) : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Vaccinations**

**Très important : Merci d’indiquer l’année de vaccination dans le tableau ci-dessous**

 **(et de vous munir d’une copie de votre carte ou carnet de vaccination pour la consultation)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Tétanos**  | **Hépatite A** seule | **Hépatite B**Seule | **Hépatites**A et B | **Rougeole Rubéole Oreillons** |
| 1ière injection |  |  |  |  |  |
| 2ième injection |  |  |  |  |  |
| 3ième injection |  |  |  |  |  |
| **Rappel** |  |  |  |  |  |

Avez-vous été vacciné contre la tuberculose ? (vaccin BCG) ❒ OUI ❒ NON

 Si oui, en quelle année ? : ……………………….

**Dépistage de la tuberculose**

Avez-vous déjà eu une intradermo-réaction à la tuberculine ? ❒ OUI ❒ NON

 Si oui, en quelle année ? : ……………………….

Si oui, y a –t-il eu une réaction ? ❒ OUI ❒ NON

**Votre bien-être général**

Dans le cadre de vos études, comment vous sentez-vous ? :

*confiant – stressé – fatigué – enthousiaste – anxieux – intéressé – découragé – optimiste – isolé*

(entourez les termes dans lesquels vous vous reconnaissez le plus)

Etes-vous :

* régulièrement malade (grippe, gastro-entérite, …) ? ❒ OUI ❒ NON
* régulièrement blessé (entorses, douleur de dos, tendinites …) ? ❒ OUI ❒ NON
* régulièrement déprimé (insomnies, idées sombres, …) ? ❒ OUI ❒ NON

Avez-vous des questions particulières concernant la protection de la santé ou la prévention des risques liés au travail dont vous souhaitez parler pendant la consultation ? ❒ OUI ❒ NON

Si oui, lesquelles ? ………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**INFORMATION IMPORTANTE** :

Pour toute question concernant ce questionnaire ou la réalisation de l’examen de santé préalable au stage via le Cesi, vous pouvez contacter notre équipe régionale :

*Je certifie que toutes les réponses mentionnées dans ce document sont sincères et complètes,*

Date : ………………………………… Signature de l’étudiant : ………………………………………….………

**Volet 2/2 : A remplir par le parent ou le tuteur légal**

|  |
| --- |
| **Autorisation parentale pour la vaccination d’un enfant mineur** |
| Je soussigné(e)…………………………………………………………………………………………...domicilié ………………………….……………………………………….…………………, nr………/boîte……..code postal …………………….localité ……………………………………….…………………………………….Exerçant l’autorité parentale en tant que : Père – Mère – Tuteur – Tutrice (barrer les mentions inutiles)Autorise, par la présente, le CESI à réaliser pour l’enfant :Nom et prénom : ………………………………………………………………………………………………………….Toutes les vaccinations obligatoires en vue de son stage pour l’apprentissage du métier de : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..Date : ………………………….. Signature : ………………………………….. |