

**ANNEXE 2**  
**FICHE MEDICALE**

Dossier de candidature filière de Conduite Routière

CAP CLM

BAC PRO CTRM

IDENTITE de l'élève
Nom/ Prénom : .....
Date de naissance : .....
Adresse : .....
.....
RESPONSABLES LEGAUX
Nom du responsable 1 : .....
Profession : .....
Tél : .....
Nom du responsable 2 : .....
Profession : .....
Tél : .....
MEDECIN TRAITANT
Nom du médecin : .....
Tél : .....
Ville : .....

*Ce document est à joindre impérativement au dossier de candidature sous pli confidentiel libellé à l'attention du médecin de l'éducation nationale et à retourner au LPO Jean Baylet avec la fiche de liaison avant le 23 mai 2024 à 17h00.*

**ANTECEDENTS MEDICAUX ET SITUATION PERSONNELLE DE VOTRE ENFANT**

Veuillez cocher la case correspondante.

	NON	OUI Depuis quand ?	Est-il toujours en traitement ?
Epilepsie et/ou Convulsions			
Diabète			
Problèmes cardiaques			
Perte de connaissance			
Asthme			
Problèmes auditifs			
Problèmes de dos et/ou d'articulations			
		Préciser la cause	Traitement ?
Allergie			
Eczéma			
		Acuité visuelle corrigée	
Port de lunettes			
Port de lentilles			
Mauvaise vision des couleurs			

**Votre enfant**

A-t-il été hospitalisé ? OUI  NON

Quand ? \_\_\_\_\_

Pourquoi ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

A-t-il été opéré ? OUI  NON

Quand ? \_\_\_\_\_

Pourquoi ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

A-t-il eu un accident dans l'année en cours ?

OUI  NON

Par la suite y a-t-il eu des complications ?

OUI  NON

Votre enfant est-il suivi par un médecin psychiatre ou un psychologue ?

OUI  NON

Votre enfant est-il dispensé d'E.P.S. ?

OUI  NON

Le médecin de l'éducation nationale a vu votre enfant au lycée l'an dernier. A-t-il demandé un avis médical ?

OUI  NON

Si OUI, avez-vous vu votre médecin ?

OUI  NON

PREND-IL DES MEDICAMENTS ? OUI  NON

Lesquels ? \_\_\_\_\_

Avez-vous autre chose à signaler ?

\_\_\_\_\_

A :

le :

Signature des responsables légaux :