



Examen d'aptitude à l'exposition à la farine pour les candidat(e)s à une place d'apprentissage de boulanger-pâtissier ou pâtissier-confiseur

Pourquoi cet examen d'aptitude est-il important?

D'un point de vue botanique, les céréales panifiables telles que le blé, le seigle et l'épeautre appartiennent à la famille des graminées qui, de par leur pollen notamment, peuvent provoquer une réaction allergique chez de nombreuses personnes, pouvant se manifester par un rhume des foins pendant la floraison et ultérieurement par des étternuements, des rhumes ou de l'asthme en cas de contact avec de la farine. Tôt ou tard, les professionnels concernés se voient souvent interdire d'exercer la profession (décision d'inaptitude de la SUVA en vertu de l'art. 78 OPA). Outre les souffrances occasionnées, la déception et la perte de salaire en découlant pour les professionnels, les allergies impliquent généralement une augmentation des primes d'assurance pour les entreprises.

Remplir le questionnaire dès le stage!

Le **questionnaire** dûment rempli permet de détecter de bonne heure les personnes sujettes aux allergies et, si nécessaire, de les orienter vers un médecin spécialiste, qui puisse les informer et les conseiller sur le sujet.

Comment procéder?

- Si la réponse à la question A2 et/ou à toutes les questions suivantes est «**non**», il n'est **pas nécessaire de procéder à un examen complémentaire**. Le questionnaire rempli et signé peut être envoyé directement au Service de la formation professionnelle, en même temps que le contrat d'apprentissage.
- Si la réponse à la question A2 et/ou à certaines des questions suivantes est «**oui**» ou «**je ne sais pas**», des examens complémentaires sont nécessaires. **Le présent formulaire doit être envoyé avec la mention confidentiel à l'antenne MSST de l'ASBPB / USPC, Seilerstrasse 9, 3011 Berne.**

Après concertation avec le **médecin-conseil**, ladite antenne communiquera au candidat s'il doit se soumettre ou non à un **autre examen médical d'aptitude**, et lui remettra une liste des spécialistes recommandés.

Coûts: ne faisant l'objet d'aucune réglementation légale, la prise en charge des coûts d'un tel examen doit préalablement être fixée entre l'entreprise et les parents ou la/le responsable de l'éducation.

Attestation médicale:

Nom/prénom: _____ Date de naissance: _____

Entreprise: _____

s'est soumis(e) le _____ à un examen visant à tester l'aptitude à l'exercice de l'activité prévue.

- À mon avis, rien ne s'oppose à ce que la personne susmentionnée exerce le métier désiré.
- La personne susmentionnée est apte à exercer l'activité prévue sous certaines conditions.
- La personne susmentionnée n'est pas apte à l'exercice de l'activité prévue, en raison d'une prédisposition accrue aux allergies ou à l'asthme.

Lieu/date: _____ Timbre + signature du médecin: _____

Tourner s.v.p. →

Questionnaire testant l'aptitude à l'exposition professionnelle à la farine

Nom: _____ Prénom: _____ M F

Rue: _____ Téléphone: _____

Lieu: _____ Date de naissance: _____

- A.**
1. Avez-vous déjà eu des contacts professionnels avec la farine? (Veuillez cocher ce qui convient.)
 oui non
 2. Si oui, avez-vous souffert de troubles tels que rhume, éternuements, toux, asthme ou eczéma?
 oui non ne sais pas

B. Avez-vous souffert ou souffrez-vous actuellement des maladies suivantes?

1. Croûtes de lait, eczéma infantile
 oui non ne sais pas
2. Eczéma des mains, des poignets ou des plis des coudes
 oui non ne sais pas
3. Toux/bronchite durant plus de 4 semaines au cours des 2 dernières années
 oui non ne sais pas
4. Asthme
 oui non ne sais pas
5. Rhume des foins
 oui non ne sais pas
6. Autres allergies
 oui non ne sais pas

- C.** Avez-vous déjà été examiné/e ou traité/e par un médecin en raison de l'une de ces maladies?
 oui non ne sais pas

Si oui, quand et par qui? _____

- D.** Est-ce qu'un des membres de votre famille a souffert ou souffre actuellement d'une des maladies énumérées sous A2 et B?

- non, pas à ma connaissance
- oui, j'ai connaissance des maladies suivantes chez les membres de ma famille mentionnés ci-après:

	Asthme	Rhume des foins	Eczéma
1. Père	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Frère/soeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le/la soussigné/e confirme avoir répondu aux questions conformément à la vérité.

Lieu/date: _____ Signatures: _____
parents/responsable de l'éducation/candidat/e

Décision de l'antenne MSST «Sécurité au travail et protection de la santé» de l'ASPBP/USPC

<input type="checkbox"/> Rien ne s'oppose à ce que la personne susmentionnée exerce le métier prévu. Motivation: _____	Date: _____
<input type="checkbox"/> Un examen d'aptitude par un médecin spécialiste est nécessaire. Spécialiste recommandé: _____	Timbre: _____
<input type="checkbox"/> Voir lettre	Signature: _____