

## FICHE INFIRMERIE PRIMAIRE NON CONFIDENTIELLE

Année Scolaire 2025/ 2026

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

☐ ½ pensionnaire

☐ Externe

### Responsables légaux de l'élève :

☐ Père

☐ Mère

☐ Tuteur

NOM Prénom : \_\_\_\_\_ en qualité de : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

☎ Portable n° 1 : \_\_\_\_\_ ☎ Portable n° 2 : \_\_\_\_\_

NOM Prénom : \_\_\_\_\_ en qualité de : \_\_\_\_\_

Si adresse différente \_\_\_\_\_

☎ Portable n° 1 : \_\_\_\_\_ ☎ Portable n° 2 : \_\_\_\_\_

En cas d'urgence, merci de nous communiquer les noms, prénoms et numéros des personnes pouvant se déplacer rapidement pour venir chercher votre enfant dont l'état nécessite une évacuation (hors urgence vitale) :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_

### **L'élève a-t-il eu un suivi ou a-t-il encore un suivi avec un(e) ? :**

☐ Orthophoniste ☐ Ergothérapeute ☐ Psychomotricien(ne) ☐ Autres (précisez) : \_\_\_\_\_

**L'année dernière votre enfant bénéficiait-il d'un P.A.I.\*, d'un P.P.S.\* ou d'un P.A.P.\* ?** ☐ OUI ☐ NON

### **Pour cette année allez vous faire une demande de ? :**

☐ P.A.I.\* ☐ P.P.S.\* ☐ P.A.P.\* ☐ Autres (précisez).....

### **Autres informations :**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\*P.A.I. : Projet d'Accueil Individualisé

\*P.P.S. : Projet Personnalisé de Scolarisation

\*P.A.P. : Projet d'Accompagnement Personnalisé (dyslexie, dysorthographe, suivi orthophonique...)

POUR TOUTE PATHOLOGIE NECESSITANT UN TRAITEMENT MEDICAL D'URGENCE SUR L'ETABLISSEMENT (EX : ASTHME, DIABETE, ALLERGIE SEVERE, EPILEPSIE... ) **VOTRE MEDECIN TRAITANT DEVRA REDIGER UN PROTOCOLE D'URGENCE OU P.A.I A NOUS REMETTRE DES LE PREMIER JOUR DE LA RENTREE AVEC LE TRAITEMENT CORRESPONDANT.**

**Un imprimé type est disponible à l'accueil de l'établissement si cela est nécessaire.**

**Si l'élève prend un traitement précisez lequel :**

**Tout traitement pris à l'école, qu'il soit journalier ou occasionnel, doit être signalé à l'infirmière  
Il sera fourni par la famille et accompagné obligatoirement d'une ordonnance médicale**

**Contre-indications à la prise de certains médicaments :**

☐ Non ☐ Oui Si oui, lesquels : \_\_\_\_\_

**Allergie(s) :** ☐ Non ☐ Oui Si oui, lesquelles : \_\_\_\_\_

**Antécédents Médicaux et chirurgicaux, problèmes de santé (opération, asthme, allergie... ) :**

**MERCI DE JOINDRE OBLIGATOIREMENT LES PHOTOCOPIES DU CARNET DE VACCINATION A CETTE FICHE**



#### SOINS URGENTS

En cas d'urgence, l'infirmière, la cheffe d'établissement ou son représentant contactera les secours d'urgence.

Une évacuation pourra être décidée. Un membre de la famille devra se rendre aussitôt dans l'établissement hospitalier.

L'élève ne pourra sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille. En aucun cas, l'établissement ne pourra aller chercher un élève même si son état de santé s'est amélioré. **Les frais sont à la charge de la famille.**

La même procédure sera appliquée lorsque la famille ou le correspondant ne sera pas en mesure de venir chercher l'élève malade.

Hors présence de l'infirmière sur l'établissement, les soins et traitements avisés par l'infirmière selon une prescription médicale, seront délivrés par le surveillant général, l'enseignant(e) ou la cheffe d'établissement.

Je soussigné(e) M. Mme : \_\_\_\_\_ responsable légal ou tuteur

De l'élève : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

Autorise l'infirmière, le surveillant général, l'enseignant(e), la cheffe d'établissement ou une personne de la vie scolaire à lui administrer le traitement selon le PAI.

**En dehors des traitements prescrits sur ordonnance aucun médicament ne sera délivré.**

Autorise l'établissement Saint-Michel de Picpus à faire transporter en cas d'urgence notre enfant à l'hôpital.

Fait-le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_

SIGNATURE :



**AUCUN ELEVE NE PEUT DETENIR DES MEDICAMENTS,  
AUCUNE ADMINISTRATION DE MEDICAMENT SANS PROTOCOLE**