

## 2 PAI MÉDICAUX

Un **Projet d'Accueil Individualisé** (PAI) peut être mis en place en cas de troubles de santé importants évoluant sur de longues périodes (allergies, troubles métaboliques, etc...).

Le PAI est établi à la **demande de la famille** auprès de l'infirmière pour l'année scolaire en cours et doit donc faire l'objet d'une demande à **chaque début d'année scolaire**.

Demande pour l'année :  oui  non

## 3 RAPPEL DU RÈGLEMENT INTÉRIEUR

**Les médicaments prescrits par le médecin, à prendre sur le temps scolaire (y compris à l'internat) doivent être déposés à l'infirmerie avec une copie de l'ordonnance et une autorisation signée par le représentant légal.**

**Les élèves ne sont pas autorisés à conserver dans leurs sacs des médicaments.**

## 4 DÉLIVRANCE DES MÉDICAMENTS COURANTS

Suite au protocole national sur l'organisation des soins (circulaire ministérielle du 10 décembre 1999 ; BO du 06 janvier 2000), l'infirmier détient certains médicaments dits « en vente libre en pharmacie » dont les principaux sont le paracétamol, le spafon, l'arnica 9ch, l'euphytose, le smecta.

**Autorisez-vous l'infirmière à distribuer à votre enfant ces médicaments référencés par le protocole national :**  oui  non

A ....., le .....

Signature du ou des représentant(s) légal.(aux) :

L'infirmière scolaire de l'établissement est joignable au  
05.61.94.80.92  
Le médecin scolaire du secteur est : Dr. LEPESANT

PHOTO  
DE  
L'ÉLÈVE

## FICHE INFIRMERIE

ANNÉE SCOLAIRE : 2026/2027

**FICHE CONFIDENTIELLE, A REMETTRE SOUS ENVELOPPE SI VOUS LE SOUHAITEZ  
consultable uniquement par l'infirmière et le médecin scolaire.**

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Classe : ..... Régime :  externe  demi-pensionnaire  interne

Classe et établissement de l'année précédente : .....

### Responsable légal :

Nom : ..... Prénom : .....

Lien avec l'élève : .....

N° du domicile : ..... N° de portable : .....

N° du travail : ..... Poste : .....

### Responsable légal :

Nom : ..... Prénom : .....

Lien avec l'élève : .....

N° du domicile : ..... N° de portable : .....

N° du travail : ..... Poste : .....

### Médecin traitant :

Nom : ..... Prénom : .....

N° de téléphone : .....

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

2

**Personne joignable rapidement en cas d'urgence (si vous êtes injoignable) :**

Nom : ..... Prénom : .....

N° de téléphone : .....

**POUR LES INTERNES : coordonnées obligatoires d'un correspondant :**

Nom : ..... Prénom : .....

N° du domicile : ..... N° de portable : .....

N° du travail : ..... Poste : .....

**VACCINATIONS :** (merci d'indiquer la date)

■ DTP (dernier rappel) : .....

■ ROR : .....

■ BCG : .....

■ Autres : .....

A la première inscription dans l'établissement, joindre une photocopie attestant des vaccinations à jour au nom de l'élève (carnet de santé ou certificats médicaux).

**1 ANTÉCÉDENTS :**

Cochez les cases correspondantes.

**PROBLÈMES DE SANTÉ:**

Votre enfant a-t-il un problème de santé de longue durée pour lequel il est suivi ?

oui  non Si oui, le quel ? .....

Nom du médecin qui le suit : .....

Votre enfant a-t-il des difficultés à se déplacer ?  oui  non

Votre enfant présente-t-il un déficit ?  auditif  visuel  moteur

Votre enfant relève-t-il de la MDPH ?  oui  non

3

(si oui, **merci de joindre la copie de la notification**)

Votre enfant a-t-il été hospitalisé ?  oui  non date : .....

Motif : .....

Observations particulières que vous jugez utile de porter à la connaissance des médecins urgentistes : .....

**TRAITEMENT(S) :**

Votre enfant prend-t-il un traitement régulier ?  oui  non

Si oui, lequel ? .....

Sur le temps scolaire ?  oui  non

Si oui, lequel (merci d'indiquer le nom du ou des médicaments, la posologie et de

**joindre une ordonnance**) : .....

**ALLERGIES :**

Votre enfant a-t-il un terrain allergique ?  oui  non

Si oui, comment se manifeste cette allergie ?  asthme  rhume des foies

eczéma  urticaire  œdème de Quincke  conjonctivite

autres : .....

Votre enfant sait-il comment se déclenche ces manifestations ?  oui  non

piqûres d'insectes  acariens  poils d'animaux  médicaments

aliments  pollens Précisez : .....

**ACTIVITÉ PHYSIQUE :**

L'élève est-il dispensé d'activité physique ?  oui  non

Si oui, pourquoi ? .....

**(merci de joindre un certificat médical)**