



FICHE SANITAIRE de LIAISON et de l'INFIRMERIE

Infirmières : Manon Bouvier / Delphine Boudailliez

infirmerie@indsc.fr

Tel : 01.46.43.19.86 – 07.61.87.83.09

Pour toute modification concernant cette fiche durant l'année scolaire merci de nous prévenir.

L'ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

CLASSE : _____

GARÇON ☐

FILLE ☐

REPONSABLE(S) DE L'ENFANT

Nom - Prénom :

Nom - Prénom :

Tel portable :

Tel portable :

Adresse :

Adresse :

1 – VACCINATION

Date de la dernière vaccination antitétanique :

2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

➤ Votre enfant est-il allergique ?

ASTHME

oui ☐ non ☐

ALLERGIE MÉDICAMENTEUSE

oui ☐ non ☐ Si oui laquelle ? :

ALLERGIE ALIMENTAIRE

oui ☐ non ☐ Si oui laquelle ? :

AUTRES

- **Votre enfant bénéficie-t-il d'un PAI (projet d'accueil individualisé) ?** oui ☐ non ☐

Si oui, joindre le protocole, l'ordonnance et le traitement.

Un PAI (projet d'accueil individualisé) est un document écrit, interne à l'établissement scolaire, qui concerne les enfants et les adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période. Il définit les adaptations apportées à la vie de l'enfant ou de l'adolescent en collectivité. Il répertorie les traitements et/ou les régimes médicaux. Enfin, il précise, si besoin, les aménagements de la scolarité en lien avec l'état de santé.

Tout élève présentant une allergie doit faire l'objet d'un PAI. Il convient de faire évaluer le risque allergique par un médecin et de le signaler à l'infirmière de l'établissement.

Pour les enfants ayant déjà un PAI : les documents et les médicaments pour l'année à venir sont à transmettre au plus vite à l'infirmière. Il est de la responsabilité des parents de vérifier les dates de péremption des médicaments et de les renouveler si nécessaire.

- **Votre enfant suit-il un traitement médical au quotidien ?** oui ☐ non ☐

*Pour les voyages scolaires, merci de fournir aux accompagnateurs une **ordonnance** correspondant au traitement suivi et le(s) **médicament(s)** correspondant (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**).*

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

- **Votre enfant a-t-il des difficultés de santé ?** (handicap, maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...) en précisant les précautions à prendre :

.....

.....

.....

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif) :

3- AUTORISATIONS

Je soussigné, responsable légal de l'enfant,

- déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche
- **autorise la délivrance de médicaments de première intention** par les responsables sur le temps scolaire et pour les activités extra scolaires dès lors qu'elles sont organisées par l'établissement (Paracétamol, Spasfon, Smecta, Lysopaine, Arnican, Apaisyl)
oui ☐ non ☐

Aucun traitement ne peut être laissé à la libre disposition des élèves.

- **autorise les responsables à prendre, le cas échéant, toutes mesures** (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) **rendues nécessaires par l'état de l'enfant**, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou d'un service d'urgence.

Date :

Signature :