



**Fiche Infirmerie du périscolaire  
des Apprentis-sages**

ANNEE SCOLAIRE 2022-2023

---



## PRÉAMBULE

### DANS L'INTERET DE L'ELEVE :

---

Répondre avec précision à ce questionnaire confidentiel.

Afin de préserver la confidentialité, nous le retourner sous enveloppe cachetée à l'attention de la Directrice et en indiquant le nom de l'élève.

Joindre les documents suivants :

- Une photocopie des vaccinations de l'élève obligatoire

Pour les élèves présentant des troubles de l'apprentissage type « dys » :

- un bilan récent orthophonique et /ou ergothérapique et /ou neuropsychologique,
- les photocopies du PAP\* ou du PPS\* de l'année précédente.

Pour les problèmes de santé :

- un certificat médical et/ou la photocopie du PAI\*.

Il est rappelé que les frais médicaux sont à la charge des familles.

### A NOTER

Pour les traitements :

- Les parents doivent signaler toute maladie nécessitant la prise d'un traitement sur le temps scolaire (y compris en cas d'urgence).
- Les élèves doivent déposer leur traitement avec leur ordonnance à la direction pédagogique.

Pour la mise en place de mesures particulières :

Aucun PAI ou PAP ne sera mis en place sans une demande faite au préalable par les parents.

Rappel des différentes mesures d'aménagement possibles :

- **PAI** : Projet d'Accueil Individualisé (conformément à la circulaire n°2003-135 du 8 septembre 2003 relative à l'accueil en collectivité des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période) ;
- **PAP** : Plan d'Accompagnement Personnalisé (conformément au B.O n°5 du 29 janvier 2015) : aménagements pédagogiques
- **PPS** : Projet Personnalisé de Scolarisation (établi en lien avec la MDPH)



## L'ÉLÈVE

NOM de l'élève

---

Prénom

---

Né(e) le :

à :

---

Nationalité :

F  G

---

Dernière école fréquentée :

---

N° de sécurité sociale du représentant légal :

---

Adresse

---

CP :

VILLE :

---

Situation familiale :

L'enfant vit avec :  ses 2 parents  son père  sa mère  autre :

## SES RESPONSABLES LÉGAUX

<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur		<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur	
NOM		NOM	
Prénom		Prénom	
Adresse (Si différente de l'enfant)		Adresse (Si différente de l'enfant)	
Portable		Portable	
Tel travail		Tel travail	
Email		Email	



## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ÉLÈVE

Nom du médecin traitant :

---

Téléphone :

---

Adresse :

---

---

### VACCINATION

ROR : date 1ère injection : ...../...../.....                      date 2ème injection : ...../...../.....

DTCP : date dernière injection : ...../...../.....

Vaccin antitétanique, date du dernier rappel : ...../...../.....

Fièvre jaune : date ...../...../.....

Joindre obligatoirement une copie des pages vaccinations du carnet de santé de l'élève

### RENSEIGNEMENTS SUR LA SANTÉ DE L'ÉLÈVE

Allergies :     OUI    NON

Si oui, préciser la cause :

Médicamenteuses :    OUI         NON

Nom des médicaments :

---

Alimentaires :         OUI    NON

Nom des ingrédients :

---

Asthme :         OUI    NON

Conduite à tenir en cas de réaction allergique (dans le cas d'un traitement particulier ou automédication, le signaler et fournir une ordonnance pour l'année ainsi que les médicaments nécessaires) :

---

---

---



## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ÉLÈVE (suite)

### DIFFICULTÉS DE SANTÉ

Votre enfant est-il :

Atteint d'une maladie chronique pouvant nécessiter une prise de médicament durant le temps scolaire ?

OUI  NON

Susceptible de prendre un traitement d'urgence ?  OUI  NON

Sujet à des crises de :

Epilepsie  OUI  NON si oui précisez le traitement.....

tétanie  OUI  NON

spasmophilie  OUI  NON

Atteint d'un handicap ou d'une maladie invalidante pouvant nécessiter des aménagements particuliers dans le cadre scolaire ?

OUI  NON

### VUE ET OÛË

Votre enfant porte-t-il : des lentilles  OUI  NON

des lunettes  OUI  NON

si oui, pour quel motif :  myopie,  hypermétropie,  astigmatisme,  strabisme

des prothèses auditives  OUI  NON

des prothèses dentaires  OUI  NON

Autre : .....

.....

A-t-il subi des interventions chirurgicales ?  OUI  NON

si oui, lesquelles ? préciser la ou les

date(s).....

### AUTORISATIONS DE TRAITEMENTS PAR TOUTE PERSONNE DE L'ÉTABLISSEMENT

J'autorise un membre du personnel de l'école des Apprentis-Sages à donner à mon enfant son traitement uniquement prescrit par son médecin traitant.

Joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîte de médicaments dans leurs emballages d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice).

L'équipe éducative de l'école des Apprentis-Sages n'est pas habilitée à donner de médicaments en cas de douleurs éventuelles.

Les parents seront prévenus de l'état de santé de leur enfant pour la meilleure prise en charge.



## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ÉLÈVE (suite)

### DIFFICULTES DE L'APPRENTISSAGE

Votre enfant présente-t-il des troubles du langage et des apprentissages ?

OUI  NON

(fournir un bilan orthophonique de moins de 2 ans)

Trouble diagnostiqué	BÉNÉFICIE-T-IL D'UNE RÉÉDUCATION	
	OUI / NON	Spécialiste
Dyslexie		
Dyspraxie		
Dysorthographe		
Dyscalculie		
Dysgraphie		
Vision des couleurs perturbée		
Autre troubles (précisez)		

L'élève bénéficie-t-il :

- d'un suivi ?  CMPP
  - Psychologue
  - Kiné
  - Autre (précisez).....

- d'une aide psychologique ?  Oui  non

Si oui, à quel endroit ?.....

- d'une aide éducative ?  Oui  non

Nom du référent.....

Nom du service.....



## DYS – POSITIF : PAI – PAP – PPS

### PAI : PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

---

- Votre enfant a déjà bénéficié du PAI (Si oui, fournir la copie).
- Vous souhaitez le renouvellement du PAI déjà établi.
- Vous ne souhaitez pas le renouvellement du PAI déjà établi.
- Votre enfant n'a pas de PAI mais vous souhaitez en faire la demande cette année auprès du médecin traitant.

### PAP : PLAN D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISÉ

---

- Votre enfant a déjà bénéficié du PAP (Si oui, transmettre les derniers bilans).
- Vous souhaitez le renouvellement du PAP déjà établi (faire la demande auprès du professeur principal pour qu'il soit reconduit).
- Vous ne souhaitez pas le renouvellement du PAP déjà établi.
- Votre enfant n'a pas de PAI mais vous souhaitez en faire la demande cette année auprès du médecin traitant (joindre les derniers bilans).

### PPS : PROJET PERSONNALISÉ DE SCOLARISATION

---

Pour en bénéficier, la famille de l'élève handicapé doit contacter l'enseignant référent à la MDPH de son secteur. Celui-ci servira d'intermédiaire entre les parents et l'organisme et se chargera de la prise en charge de l'enfant : explication et organisation de l'évaluation, suivi de la scolarisation, élaboration et mise en œuvre du PPS par la constitution de l'ESS (équipe de Suivi de Scolarisation) composée de lui-même, des parents, des enseignants, de l'orthophoniste, du psychologue et du médecin scolaire... Une fois le PPS mis en place, l'enseignant référent veillera également à la continuité de celui-ci.

Nous soussignés,.....  
responsables légaux de l'enfant .....  
et titulaires de l'autorité parentale, certifions l'exactitude des renseignements mentionnés dans cette fiche.

Fait à .....le .....

SIGNATURE des représentants légaux