



Fiche Infirmierie
du centre de loisirs
des Apprentis-Sages

JUILLET 2022



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 ergothérapeutique 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 des ACM (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'ENFANT

NOM de l'ENFANT

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	



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'ENFANT

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) :



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 OUIË

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.



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 àle

SIGNATURE des représentants légaux