Monsieur Ronan Walter, Chef d'Établissement
Madame Françoise Guivarc'h
Madame Louise Vigouroux
Infirmières

Objet : Infirmierie

Aux parents d'élèves Collège et Lycée Ch. de Foucauld

Le 1er septembre 2025

Madame, Monsieur,

Veillez trouver, ci-joint, le « **Document santé** » à destination de l'infirmière » à retourner au Professeur Principal de votre enfant, dûment complété et signé. N'hésitez pas à préciser tous les éléments susceptibles d'aider les infirmières dans la prise en charge médicale de votre enfant. Dans le cas où les renseignements seraient strictement confidentiels, merci de n'inscrire dans ce document que ce qui est noté dans le PAI (Projet d'accueil individualisé) et de contacter rapidement les infirmières.

Toutes les consignes liées au bon fonctionnement de l'infirmierie sont précisées dans le règlement intérieur. Nous vous demandons de bien vouloir en prendre connaissance.

PERMANENCES DE L'INFIRMIERIE

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
MATIN	9h00 - 13h30	9h00 - 13h30	9h00 - 12h00	9h00 - 13h30	9h00 - 14h00
APRES-MIDI	14h00 - 15h30	14h00 - 15h30	Fermé	14h00 - 15h30	Fermé

Nous, vous remercions par avance de l'attention que vous porterez à ces dispositions pour le bien-être de votre enfant, nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, chers parents, à l'assurance de nos sentiments distingués et dévoués.

M. Ronan Walter
Mme Françoise Guivarc'h
Mme Louise Vigouroux

Document Santé Collège et Lycée Foucauld

À destination des Infirmières

Identité de l'élève ou de l'étudiant

Nom..... Prénom..... Classe (nom complet).....
 Interne : oui non Date et lieu de naissance :
Adresse complète de l'élève :
 Tél. domicile :
Veillez faciliter notre tâche en nous donnant aussi un numéro de téléphone professionnel :
 Nom du père : Nom de la mère :
 Tél. travail père : Tél. travail mère :
 Et/ou portable : Et/ou portable :
Nom & Tél. autre personne pouvant récupérer l'élève en cas d'absence des parents :

Informations médicales concernant l'élève ou l'étudiant

(Si vous estimez que cela doit rester confidentiel => à mettre sous enveloppe cachetée à l'intention des infirmières)

Maladie ou handicap éventuel :
 Traitement : Médecin prescripteur : Tél :
 Contre-indications médicales : Sportives :
 Allergies : Allergies médicamenteuses :
Élève bénéficiaire d'un : PAI pathologie médicale PAP troubles des apprentissages PPS (AESH/matériel MDPH)
 Pour les PAP/PPS s'adresser au professeur principal.

Concernant les PAI (Projet d'accueil individualisé) :

- 1) Votre enfant bénéficie déjà d'un PAI :** si pas de changement dans les aménagements, le PAI sera reconduit en l'état. Si changement dans les aménagements ou traitements : merci de fournir aux infirmières, dès la rentrée, ordonnance et protocole en cours de validité. **Si l'élève vient d'un autre établissement : merci de remettre aux infirmières, dès la rentrée, la copie du PAI de l'année précédente, avec ordonnance et protocole à jour.**
- 2) Dans le cas où un PAI doit être mis en place pour la première fois,** merci de remettre au plus vite aux infirmières les documents médicaux récents demandant la mise en place d'aménagements dans la scolarité.

Vaccinations

Aux termes des articles L6 et L9 du code de la santé publique, les parents ou tuteurs sont tenus **personnellement responsables de l'exécution des vaccinations obligatoires** tout au long de la scolarité.
 Il n'est plus demandé de justificatif de vaccins pour l'école :
Merci de noter la date dernier rappel Diphtérie-Tétanos-Polio :

Sécurité Sociale

N° de sécurité sociale du responsable légal :
 Nom de la caisse :
 Complémentaire Maladie : Oui Non – NOM

En cas d'urgence

Si l'état de l'élève nécessite que les services d'urgence soient appelés, cette fiche sera **photocopiée et remise aux pompiers ou équipe du SAMU**. Vous serez prévenu(s) dès que possible par nos soins. Le médecin régulateur du SAMU orientera votre enfant vers l'hôpital le plus adapté à sa situation. Il n'est plus demandé aux parents de signer une autorisation d'opérer, ceci étant fait au moment de l'hospitalisation, le cas échéant.

Je soussigné(e) atteste avoir pris connaissance des dispositions le

Signature du représentant légal de l'élève :