

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 2026

Madame, Monsieur,

Veillez trouver, ci-joint, le « **Document santé** » à destination des infirmières » à retourner au Professeur Principal de votre enfant dès le 2 septembre, 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	9h30 - 13h20	9h30 - 13h20	9h30 - 12h00	9h30 - 13h20	9h30 - 13h20
APRES-MIDI	14h00 - 15h00	14h00 - 15h00	Fermé	14h00 - 15h00	14h00 - 15h00

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.

Merci de nous transmettre tout document médical actualisé (ordonnance, PAI, protocole, etc.) en cas de **modification** de l'état de santé ou du traitement de votre enfant en cours d'année.

### 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 :**