

SANTÉ - Maladie, Allergie, Handicap.

PAI : (Projet d'Accueil Individualisé) : établi par le médecin scolaire **à la demande des parents**, en cas de problème de santé nécessitant une prise en charge particulière dans l'établissement.

Si votre enfant n'a pas de PAI, mais que vous souhaitez en faire la demande auprès du médecin scolaire, ou si vous souhaitez demander le renouvellement du PAI, vous devez contacter l'infirmier (avant la fin de l'année scolaire ou au plus tard en septembre).

Numéro Direct Infirmier : 04 74 05 34 16.

Il faudra prévoir :

- ✓ Photocopie de l'ordonnance
- ✓ Photocopie du Protocole d'Urgence
- ✓ Apporter les médicaments pour l'infirmier (comprimés, aérosols...)

Notre enfant a déjà un PAI mais nous ne souhaitons pas son renouvellement. Signature :

Si votre enfant doit prendre un traitement médicamenteux sur le temps scolaire et de manière occasionnelle au cours de l'année, prendre contact avec l'infirmier.

Handicap physique : Dispense E.P.S :

Difficultés d'apprentissage liées à un trouble spécifique

Dyslexie, Dysphasie, Dys... , Troubles attentionnels, Troubles auditifs, Troubles de la vision, Précocité :

- Notre enfant a une notification **MDPH** (ou dossier en cours).....
- Notre enfant est accompagné par un(e) **AESH-AVS**.
- Notre enfant bénéficie déjà d'un **PAP** (Plan d'accompagnement Personnalisé). Bien en faire la demande auprès du Professeur Principal pour qu'il soit reconduit.

Si votre enfant **n'a pas de PAP**, mais que vous souhaitez en faire la demande cette année, vous pouvez donner les derniers bilans à son Professeur Principal qui transmettra à l'infirmier pour le médecin scolaire.

Suivi : Orthophonie : Psychologue :

Kiné : Autres :

Ergothérapie :

Autre

Ce qui vous semble important pour aider votre enfant :

.....

Date :

Signature du représentant légal :

FICHE INFIRMERIE



Confidentielle

(Mettre sous enveloppe si nécessaire)

A remplir et à signer.

COLLÈGE MARIE LAURENCIN

Tel : 04.74.05.00.74

NOM de l'élève :
Prénom :
Date de naissance : __ / __ / ____ .
Adresse :
Classe à la rentrée **2021-2022** :
Numéro de **Portable** de l'élève :

Etablissement Scolaire fréquenté en 2020-2021 (l'année dernière) :

Nom de l'établissement précédent :

Classe précédente :

**Joindre une copie des vaccins obligatoires
(Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite) pour les nouveaux
élèves.**

ANNEE SCOLAIRE 2021 -2022

Externe

Demi-pensionnaire

Vit avec :

	NOM	Prénom	Téléphone domicile	Téléphone portable
<input type="checkbox"/>	Père :
<input type="checkbox"/>	Mère :
<input type="checkbox"/>	Autre :
	Lien de parenté :			
<input type="checkbox"/>	Famille d'accueil (nom, adresse, tel) :			
<input type="checkbox"/>	Foyer (nom, adresse, tel):			
	Educateur référent			

FRERES ET SŒURS

NOM	PRENOM	AGE	Etablissement Fréquenté