



**ANNEE SCOLAIRE 2018-2019**

## **PRESENTATION DU FONCTIONNEMENT DE L'INFIRMERIE**

Afin de répondre au mieux aux besoins de **votre enfant** sur son temps de présence dans l'établissement :

- 1) Vous devez être joignable de **jour** comme de **nuit** (pour les internes) car l'établissement n'étant pas médicalisé, vous devrez venir le chercher si son état nécessite une consultation médicale.
- 2) **Pour la sécurité des uns et des autres :**
  - a) Nous vous rappelons qu'il est formellement **interdit** que votre enfant soit en possession de médicaments, même bénins, qu'il soit demi-pensionnaire ou interne.
  - b) Les traitements prescrits par le médecin devront être systématiquement :
    - Accompagnés de l'ordonnance correspondante **et** d'une autorisation parentale écrite.
    - Obligatoirement remis à l'infirmerie.

⇒ **Dans le cas contraire les médicaments ne pourront être donnés.**
- 3) L'infirmière n'est pas présente en permanence. Les traitements seront donnés par un **adulte relais avec votre autorisation écrite.**
- 4) **En cas d'urgence :**
  - a) L'élève sera transporté par les services de secours vers l'hôpital du secteur.
  - b) **Le responsable légal :**
    - En sera **immédiatement** averti.
    - Devra **impérativement être à ses côtés** pendant la durée des soins.
    - Devra **assurer son retour au domicile.**
- 5) Si vous avez connaissance, pour votre enfant, **d'une maladie ou d'une difficulté susceptible d'avoir un retentissement sur sa vie au sein de l'établissement**, vous pouvez l'indiquer sur le **formulaire confidentiel joint.**

En fonction des besoins de votre enfant, **un projet d'accueil individualisé (PAI)** peut être mis en place afin de faciliter sa scolarité.

Vu et pris connaissance,  
Le représentant légal

Date

Signature

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONFIDENTIELS

(Remettre au directeur ou au chef d'établissement sous enveloppe cachetée à l'attention du médecin et/ ou de l'infirmière scolaire).

Fiche à compléter si votre enfant est :

- Atteint d'une maladie chronique pouvant nécessiter une prise de médicament durant le temps scolaire
- Susceptible de prendre un traitement d'urgence
- Atteint d'un handicap ou d'une maladie invalidante pouvant nécessiter des aménagements particuliers dans le cadre scolaire.

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

TEL :

TEL MOBILE

Maladie dont souffre votre enfant :

Traitement :

Médecin prescripteur :

Observations particulières :

En fonction des renseignements que vous aurez précisés, vous serez contactés par le médecin ou l'infirmière scolaire pour établir avec vous, si nécessaire, un 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.

Cette fiche n'est pas obligatoire ; il en va cependant de votre intérêt et de celui de votre enfant qu'elle soit parfaitement renseignée.

Vu et pris connaissance,  
Le représentant légal

Date

Signature