

(à rendre sous enveloppe cachetée portant la mention « fiche médicale » avec nom, prénom et classe de l'élève)  
(si vous n'êtes pas concerné, merci de rayer les encadrés inutiles et dater et SIGNER le document, svp)

Fiche à compléter si votre enfant :

- Est atteint d'une maladie chronique pouvant nécessiter **une prise de médicament durant le temps scolaire** ;
- Est susceptible de prendre un **traitement d'urgence** ;
- Est atteint d'un handicap (moteur, visuel, auditif, etc.) ou d'une maladie invalidante pouvant nécessiter des aménagements particuliers dans le cadre scolaire ;
- Présente des difficultés **nécessitant des aménagements de la scolarité** (exemple : troubles DYS, TDA/H, etc.)

NOM DE L'élève : ..... Prénom : .....  
 Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Classe : ..... Régime : ☐ EXT ☐ DP ☐ INTERNE  
 Adresse : .....  
 N° de portable de l'élève : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

### PROBLEMES MEDICAUX

Nature/Traitement : .....  
 .....  
 .....

Souhaitez-vous la mise en place d'un protocole de soins dans le cadre scolaire (PAI= Protocole d'Accueil Personnalisé, pour la mise en place d'un protocole d'urgence ou pour la prise de médicament régulière pendant les temps scolaires) ?  
☐ OUI ☐ NON

Pour la mise en place des mesures particulières et pour établir un Projet d'Accueil Personnalisé (PAI), 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, **prenez contact dès la rentrée avec le médecin ou l'infirmière scolaire.**

Ligne directe infirmerie : 03.23.65.59.76

Pour une prise en charge globale de mon enfant avec l'ensemble des équipes de l'établissement (pédagogique et éducative), j'autorise le partage d'information si besoin : ☐ OUI ☐ NON

### TROUBLES DES APPRENTISSAGES

Nature : .....

Bénéficiait-il d'un :

- **PPS** (dossier MDPH) ? ☐ OUI ☐ NON
- **PAP** (Protocole d'Accompagnement personnalisé) ? ☐ OUI ☐ NON
- Aménagements lors des derniers examens (Brevet, BAC, CAP) ? ☐ OUI ☐ NON

**Merci de joindre la copie de la dernière notification MDPH en cours de validité ou du dernier PAP mis en place au collège ou au lycée pour la continuité des aménagements.**

- Suivi orthophonique : ☐ OUI ☐ NON
- Suivi Médico-psychologique : ☐ OUI ☐ NON
- Suivi Maison des Adolescents (MDA) : ☐ OUI ☐ NON

### SUIVI EDUCATIF OU JUDICIAIRE

Nom du référent : .....  
 Coordonnées : .....

Pris connaissance par le représentant légal,

A ..... le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

**Signature :**



Afin d'assurer une prise en charge de qualité de l'élève, il est **IMPERATIF** d'informer l'équipe infirmière de **Tous** changements relatifs à sa santé par rapport aux informations que vous aurez noté sur ce document et qui surviendrait dans les mois à venir (hospitalisation, chirurgie, traitement, etc.). Cette information doit être donnée au plus vite, dès la rentrée et durant toute l'année en cours.



Nom du médecin de l'éducation nationale :

Etablissement scolaire :

LE TRAVAIL NATIONAL, LA FORMATION PROFESSIONNELLE, LE DÉVELOPPEMENT

Questionnaire médical à remplir par les parents  
(à remettre au médecin le jour de la visite médicale)

Voire enfant, dans le cadre de la formation professionnelle choisie, aura à travailler dans son établissement scolaire sur des machines, à utiliser des produits réglementés ou à être confronté à des situations à risque professionnel. S'agissant d'un élève mineur, et dans le cadre de la procédure de dérogation aux travaux réglementés par le code du travail (décret n° 2013-514 du 11 octobre 2013 - article L. 4153-9 du code du travail), l'avis du médecin de l'éducation nationale sur la compatibilité entre son état de santé et les tâches et travaux nécessaires à sa formation professionnelle est obligatoire. Il doit être transmis à l'inspecteur du travail. A cet effet, il vous est demandé de remplir le questionnaire ci-dessous - destiné au médecin en charge d'examiner voire enfant. Vos réponses sont strictement confidentielles et soumises au secret médical.

RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉLÈVE

Nom :	Prénom :	Classe :
Date de naissance :		
Adresse et n° de téléphone :		
La mère est-elle en bonne santé ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Profession :
Le père est-il en bonne santé ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Profession :
Nombre de frères et sœurs :		
Nom et coordonnées du médecin traitant :		

MALADIES PRESENTÉES ANTERIEUREMENT PAR VOTRE ENFANT

A-t-il(elle) déjà fait des convulsions ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Si oui, à quel âge ? :	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
A-t-il(elle) eu d'autres maladies neurologiques ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	S'agissait-il d'une méningite ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
A-t-il(elle) eu des maladies respiratoires ou allergiques ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	précisez :	
A-t-il(elle) eu des allergies à répétition ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
A-t-il(elle) eu des problèmes de hanche ou de dos ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	précisez :	
Autres maladies importantes :	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	précisez :	
A-t-il(elle) eu des accidents ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	précisez :	
A-t-il(elle) été hospitalisé(e), voire opéré(e) ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	précisez :	

ETAT DE SANTE ACTUEL DE VOTRE ENFANT

En ce qui concerne les vaccinations, il est rappelé que l'autorisation d'affectation à des travaux réglementés est conditionnée par une situation vaccinale à jour au regard des obligations prévues par la loi.

A-t-il(elle) souvent des rhumes, sinusites, angines, bronchites, otites ? :

OUI ☐ NON ☐

A-t-il(elle) eu d'autres troubles actuellement (asthme, eczéma, allergie, urticaire, pertes de connaissance, maux de dos ou d'articulations, maux de tête, problèmes de vue ou de fatigue oculaire) ? : merci de préciser :

OUI ☐ NON ☐

Est-il(elle) souvent absent(e) ? : merci de préciser les motifs d'absence :

OUI ☐ NON ☐

Est-il(elle) suivi(e) par un médecin, un psychologue, un psychiatre ? merci de préciser pour quelle raison :

OUI ☐ NON ☐

Suit-il(elle) un traitement ? merci de préciser lequel :

OUI ☐ NON ☐

Avez-vous autre chose à signaler (par ex : caractère, comportement, vie familiale,...) ? merci de préciser lequel :

OUI ☐ NON ☐

Voire enfant est-il(elle) intéressé(e) par un métier ? merci de préciser :

OUI ☐ NON ☐

Nous vous demandons de confier à votre enfant son carnet de santé et copie de tous documents utiles en votre possession (comptes rendus récents de radiographie, d'examen biologique, rapports médicaux, etc.).

Ni vous le soumettez, le médecin de l'éducation nationale peut vous renvoyer sur rendez-vous. Prenez contact à cet effet avec l'infirmière de l'établissement scolaire.

INFORMATION IMPORTANTE

La consommation de produits psycho actifs (alcool, cannabis, autres drogues) et de certains médicaments peut avoir des conséquences en cas d'utilisation de machines dangereuses ou de conduites d'engins. Elle peut entraîner une incapacité à la poursuite de la formation professionnelle dispensée pendant le temps nécessaire.

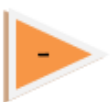
Je déclare avoir pris connaissance de l'information ci-dessus.

Fait à : .....

Le : ..... / ..... / .....

Signature des parents :	Signature de l'élève :
-------------------------	------------------------

## DOCUMENTS A FOURNIR POUR LE DOSSIER MEDICAL ET INFIRMIER DE L'ELEVE OU DE L'ETUDIANT 2025-2026



**Le dossier doit être IMPERATIVEMENT COMPLET,  
TOUT DOSSIER INCOMPLET\* SERA REFUSE:**



Il est indispensable :

- afin que l'élève puisse passer la visite médicale **OBLIGATOIRE** permettant de délivrer l'Avis Médical d'Aptitude à la formation professionnelle et l'accès aux travaux réglementés. Sans cette visite, l'élève **NE SERA PAS AUTORISE à pratiquer sa formation en atelier et en stage ;**
- en cas d'accident au sein de l'établissement.

### **1. Pièces à fournir obligatoirement\* :**

- Fiche d'Urgence : à compléter ;
- Questionnaire médical : à compléter ;
- Fiche de Renseignements médicaux confidentielle : à compléter ;
- Copie de l'Attestation Sécurité Sociale mentionnant le nom de l'élève (téléchargeable sur le site [ameli.fr](http://ameli.fr)) ou la copie de la Carte Vitale de l'élève s'il en possède une ;



- Copie de la Mutuelle ou de la CMU ;
- Copie des vaccinations du carnet de santé ;

### **2. Si votre enfant a des troubles d'apprentissages (dyslexie, TDAH, TSA, etc.)**

- Copie du PPS (Projet Personnalisé de Scolarisation) et de la notification MDPH les plus récents ;
- OU
- Du PAP (Plan d'Accompagnement Personnalisé) le plus récent mis en place.

Tout document manquant doit être adressé à l'établissement rapidement (mail : [viesscolaire.colardnoel@outlook.fr](mailto:viesscolaire.colardnoel@outlook.fr) ou [ce-0020052w@ac-amiens.fr](mailto:ce-0020052w@ac-amiens.fr), indiquer l'objet : INFIRMIERIE)

### **3. En cas de problèmes de santé chroniques avec ou sans traitement:**

La mise en place d'un Projet d'Accueil Personnalisé (PAP) est recommandée avec une prescription médicale de moins de 3 mois obligatoire en cas de prise de traitement régulier, ainsi que le traitement habituel.

Ce document est à compléter par votre médecin traitant.

N'hésitez pas à prendre contact avec l'infirmière.

Dans le cadre d'un traitement, merci de bien vouloir compléter une autorisation parentale de délivrance de traitement qui vous sera donnée.

### **4. Si votre enfant a régulièrement des maux de tête ou des maux de ventre connus sans maladie chronique connue:**

- Merci de joindre une ordonnance de moins de 3 mois avec le traitement habituel lors des douleurs, sans celle-ci, aucun traitement ne lui sera donné.

- Merci de compléter également l'autorisation parentale de délivrance de traitement qui vous sera donnée par l'infirmière.

## INTERNAT

Votre enfant passera 5 jours au sein de l'établissement et sous la responsabilité du chef d'établissement et de ses agents.

Afin de pouvoir palier à divers maux courants et/ou réguliers de votre enfant (maux de tête, de ventre, etc.) et lui permettre au mieux de maintenir sa scolarité au sein de l'établissement :

1. Merci de bien vouloir joindre une ordonnance ou un certificat médical autorisant les infirmières (et le personnel de l'établissement) à délivrer du Doliprane ou du Spasfon si besoin pour l'année scolaire 2025-26.
2. Merci de compléter également l'autorisation parentale de délivrance de traitement qui vous sera donné par l'infirmière.
3. En cas de prise de traitement régulier ou de problème de santé chronique, un PAI est plus que recommandé (cf **3. En cas de problèmes de santé chroniques avec ou sans traitement**)



## FICHE D'URGENCE 2025-2026

Classe : .....

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

N° Sécurité Sociale de l'élève : \_\_/\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**INDISPENSABLE** copie à fournir en cas d'évacuation par le 15 ou en cas d'accident de travail :

Attestation papier de la SS de la famille ou de la Carte vitale de l'élève s'il en possède une et Mutuelle

N° de portable de l'élève : \_\_/\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Régime :  
(cocher svp)  
☐ Externe  
☐ DP  
☐ Interne

Nom et adresse des parents ou du représentant légal : .....

N° de Sécurité Social du représentant légal : \_\_/\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nom et numéro du contrat d'assurance scolaire : .....

N° de téléphone du père / parent 1 : Mr/Mme .....

Domicile : \_\_/\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Travail : \_\_/\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

N° de téléphone de la mère / parent 2 : Mr/Mme .....

Domicile : \_\_/\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Travail : \_\_/\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de répondre rapidement : .....

Médecin traitant (Nom, adresse, n° de téléphone) : .....

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

(Pour être efficace, la vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

### INFORMATIONS IMPORTANTES ET UTILES à porter à la connaissance de

l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre, etc.) : .....

### AUTORISATION DE TRANSPORT ET DE SOINS :

Nous, soussignés, Monsieur et/ou Madame .....  
autorisons en cas d'urgence, à confier notre enfant .....  
à l'équipe des services de secours d'urgence (ambulance, pompiers, SAMU) afin  
qu'il soit orienté et transporté vers l'hôpital le plus proche, sans être accompagné  
par un autre membre du personnel de l'établissement. Nous serons immédiatement  
avertis par vos soins et nous rejoindrons notre enfant sur place (un élève mineur  
ne peut sortir de l'hôpital uniquement accompagné de sa famille).  
De plus, nous autorisons les soins et l'anesthésie de notre enfant au cas où, victime  
d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il ou elle, aurait à subir  
une intervention chirurgicale en urgence.

Fait à .....

Le \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Signature des parents :

### Information :

Un médicament n'est jamais inoffensif. Une ordonnance du médecin traitant est EXIGE  
pour un traitement à prendre pendant le temps de présence de l'élève dans  
l'établissement (merci de vous rapprocher de l'infirmière).

Aucun médicament ne sera délivré par l'infirmière sans ordonnance, sauf dans des  
cas rares et exceptionnels, soumis à son évaluation.

Dans ce cadre seulement, j'autorise exceptionnellement l'infirmière, après évaluation  
de la situation par celle-ci, à administrer à notre enfant (cocher svp) :

- Doliprane ☐ OUI ☐ NON  
- Spasfon ☐ OUI ☐ NON

Signature des parents :

Je déclare avoir pris connaissance des missions de l'infirmière et des modalités de  
fonctionnement de l'infirmierie (brochure « Les Missions de l'infirmière de l'Education  
Nationale »).

Fait à ..... le \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Signature de l'élève :

Signature des parents :





## PROCEDURE D'URGENCE

Si l'élève relève d'une prise en charge par les premiers secours, l'infirmière appelle le 15 et suit les consignes du médecin régulateur. La famille sera prévenue dans les plus brefs délais. L'élève partira avec sa fiche d'urgence remplie par la famille et son attestation de droits (CPAM). La famille devra récupérer l'élève par ses propres moyens. Aucun membre de l'équipe n'est habilité à accompagner, ni à récupérer l'élève auprès d'un service de soins. Toute sortie d'un service de soins est la responsabilité du ou des représentants légaux.

## EN CAS D'ABSENCE DE L'INFIRMIERE

L'élève est pris en charge par la vie scolaire. En cas d'urgence, le personnel de la vie scolaire suivra le protocole prévu en appelant le 15.

## INAPTITUDE SPORTIVE OU D'ATELIER

L'élève doit se présenter à l'infirmière avec son certificat médical d'inaptitude à la pratique sportive ou d'atelier.

## L'INTERNAT

En cas de problème relatif à la santé, les assistants d'éducation d'astreinte contactent les CPE. Selon la situation et le degré d'urgence, l'équipe appliquera le protocole suivant:

- appel du 15 et la famille sera contactée,
- si l'état de l'élève ne relève pas du 15, mais que son état est incompatible au maintien à l'internat, la famille sera contactée et il leur sera demandé de venir récupérer l'élève.

L'internat est un service. Tout manquement à cette règle de venir récupérer l'élève, pourra remettre en cause le maintien de l'élève au sein de l'internat par le chef d'établissement.

Il est conseillé aux familles de faire parvenir à l'infirmière, une ordonnance de Doliprane pour l'année scolaire en cours, en cas de besoin pour l'élève.

**Rappel :** Aucun traitement ne doit être détenu par l'élève à l'internat, sauf après évaluation de la situation par l'infirmière.

Les élèves ayant un traitement, doivent se rapprocher des assistants d'éducation, afin d'avoir accès à leur traitement, préparé par l'infirmière en amont. L'élève doit se monter autonome.

## HORAIRES DE L'INFIRMERIE 2024-2025

Lundi : 08h30-16h55  
Mardi : 08h15-16h45  
Mercredi : 08h30-16h15  
Jeudi : 08h30-16h45  
Vendredi : 08h15-17h00

## LES INFIRMIERES

Madame BORGES  
Madame BOURNICHE  
Madame JAMPIERRE

Crée par GBORGES, Infirmière - Edition 2025



132 Avenue de la République  
02100 Saint-Quentin  
03.23.65.11.38  
ce.020052w@ac-camiens.fr



# Les Missions de l'Infirmière de l'Education Nationale

Lycée Professionnel Colard Noël



# LES MISSIONS DE L'INFIRMIERE DE L'EDUCATION NATIONALE

## AUPRES DES ELEVES



### L'INFIRMIERE

L'infirmière organise les soins et les urgences sous la responsabilité du chef d'établissement. Tenu au secret professionnel, elle est qualifiée pour des soins courants, une écoute personnalisée, un suivi de la santé, des informations et des conseils adaptés de façon individuelle ou collective.

### Le service infirmerie n'a pas la mission d'être un cabinet médical:

il n'est pas habilité à prescrire un traitement, ni à émettre un diagnostic.

### ACCUEIL DES ELEVES

L'élève doit arriver au lycée en état de suivre les cours. Les maladies et accidents survenus en dehors de l'établissement doivent avoir été traités par la famille avant le retour au lycée.

Si ce n'est pas le cas, la famille sera contactée et il lui sera demandé de venir récupérer l'élève. L'infirmière ne peut délivrer de médicaments sans ordonnance (Doliprane, Spasfon, etc.), ou uniquement dans des cas "très exceptionnels". Les situations sont donc évaluées de manière individuelle par l'infirmière. Si votre enfant nécessite la prise régulière de ce type de médicaments, et que vous souhaitez qu'il puisse y avoir accès "si besoin", merci de bien vouloir nous adresser une ordonnance pour l'année scolaire ainsi que le traitement.

L'accueil des élèves se fait prioritairement en dehors des heures de cours (interclasses, récréations, pause méridienne, etc.)

### TRAITEMENTS MEDICAUX

Les élèves ne sont pas autorisés à détenir des médicaments sur eux.

Tous les traitements doivent être déposés à l'infirmerie avec une copie de la prescription médicale à jour.

Afin d'éviter l'accumulation de médicaments à l'infirmerie, il faut favoriser au maximum les prises médicamenteuses le MATIN et le SOIR à domicile (externes et demi-pensionnaires).

Parlez-en à votre médecin.

Toutefois, en cas de traitement ponctuel (antibiotique par exemple) avec prise pendant les temps scolaires, merci de ne ramener à l'infirmerie, que le nombre de médicament utile et de garder le reste au domicile.

Les médicaments ramenés à l'infirmerie restent à l'infirmerie.

Si vous souhaitez récupérer les médicaments, les responsables légaux doivent se déplacer et venir chercher eux-mêmes les traitements. En fin de traitement, les traitements non récupérés par les représentants légaux seront détruits après un délai de 15 jours.

Pour les élèves asthmatiques, il est recommandé de passer en début d'année à l'infirmerie, afin de voir avec l'infirmière la possibilité de garder leur inhalateur avec eux. Dans l'idéal, un 2ème inhalateur devra être déposé à l'infirmerie en cas de besoin.

### EN CAS DE MALADIE CHRONIQUE

A la demande de la famille, un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) peut être établi. Il est conseillé, afin d'assurer la continuité de la prise en charge de l'élève, par l'ensemble du personnel de l'établissement.



## AUTORISATION PARENTALE

Lors de TRAITEMENTS PONCTUELS ou de TRAITEMENTS ENCADRES par un PAI pris au sein de l'établissement

Année Scolaire 2025-26

*Conformément à la circulaire du 4 mars 2021,  
relative à l'accueil en collectivité des enfants et des adolescents, dans le cadre des aménagements  
dans la vie quotidienne, en cas de traitement médical (I.2)*

### En cas d'absence de l'infirmière ou de sortie scolaire et/ou pédagogique :

Je soussigné, M./Mme....., représentant légal de l'élève ....., en classe ....., scolarisé au LP Colard Noël de Saint-Quentin (132 av de la République à Saint-Quentin), **autorise(nt) :**

- o l'équipe éducative (CPE ou assistants d'éducation) ou pédagogique (dans le cadre d'une sortie scolaire), à lui faire parvenir son traitement préalablement préparé par l'infirmière.
- o A ce que mon enfant prenne son traitement en **autonomie**, c'est-à-dire en s'adressant lui-même (l'élève se montre responsable quant à la prise de son traitement) à un membre de l'équipe éducative afin d'obtenir son traitement et à le prendre en leur présence.

Dans ce cadre, l'élève devra se présenter et s'adresser au personnel d'éducation pour l'obtention de son traitement.

### Particularité :

**En cas de prise de traitements particuliers de type psychotropes (antidépresseurs, neuroleptiques, anxiolytiques, somnifères)**

### **(à rayer si non concerné) :**

Je soussigné, Mr/Mme....., représentant légal de l'élève ....., en classe ....., scolarisé au LP Colard Noël de Saint-Quentin (132 av de la République à Saint-Quentin), m'engage à remettre et à récupérer en main propre les dits traitements.

En cas d'impossibilité de me déplacer et de le récupérer dans un délai de 15 jours, le traitement en question sera automatiquement détruit.

A .....

Le .....

Signature des représentants légaux

