

Service infirmerie  
Tel : 05.61.55.98.98 (+ répondeur)  
[geiger@insa-toulouse.fr](mailto:geiger@insa-toulouse.fr)

## PHOTO

Veillez agraffer ou  
coller la photo

Please, attach a  
passport

**ANNEE UNIVERSITAIRE / ACADEMIC YEAR 2018- 2019**

2<sup>e</sup> Année / 2nd year    3<sup>e</sup> Année / 3rd year    4<sup>e</sup> Année / 4th year    5<sup>e</sup> Année / 5th year

Pré-Orientation ou Spécialité / *Specialization* : .....

### FICHE D'AUTORISATION DE SOINS - AUTHORIZATION FOR MEDICAL TREATMENT

#### IDENTITÉ / IDENTITY

NOM : ..... Prénoms : ..... Sexe : .....  
*Last name (en majuscules / in capital letters)   First names   Sex*

Date et lieu de naissance : ..... Nationalité : .....  
*Date and place of birth   Nationality.*

Etablissement scolaire précédent : ..... Classe / *Class level*: .....  
*Previous educational establishment*

Adresse personnelle / *address in Toulouse*: .....

Adresse des parents / *Parent's address* : .....

#### DATES DES VACCINATIONS / VACCINE DATES

. **B.C.G** : ...../...../.....   **RESULTAT DERNIER TEST TUBERCULINIQUE** : .....  
*Tuberculosis vaccine date (if any)   Result of the most recent Tuberculosis test*

. **D.T.P. (+- coqueluche)** : ...../...../.....   **HEPATITE B** : ...../...../.....  
*Dates of D.T.P. vaccine   Dates of Hepatitis B vaccine*

. **R.O.R.** : .../...../.....   **AUTRES (Gardasil ®, ...)** : ...../...../.....  
*Dates of Measles, Mumps, Rubella vaccines   Other vaccines (Gardasil ®,...)*

. **Recall R.O.R.** : .../...../.....  
*Dates of Measles, Mumps, Rubella vaccines*

#### AUTORISATION

Je soussigné (NOM et prénom) : .....Date de naissance : .....  
déclare autoriser le Directeur de l'INSA de Toulouse à prendre sur avis médical, en cas d'accident ou de maladie toutes mesures  
d'urgence médicales et chirurgicales :

*I, the undersigned (Last and first name): .....Birth date:.....*  
*authorize the Director of INSA, Toulouse, in case of accident or illness, upon medical advice, to take all emergency medical or surgical*  
*measures:*

à l'hôpital / *at the hospital (C.H.U.)*  
à la clinique / *at the clinic* .....

Nom de la personne à prévenir en ce cas / *Name of person to contact in this case* .....  
Adresse / *Address*..... Tél. : .....

Nom du médecin traitant / *Name of general practitioner*: ..... N° de Tél. : .....

Spécialiste / *Specialist* : .....N° de Tél. : .....

Fait à / *Signed in*..... Le / *on*...../...../.....

Signature de l'étudiant  
*Signature of student*

Signature du père, de la mère ou du représentant légal  
*Signature of father, mother or legal representative*  
*(if the student is less than 18 years old)*