

PHOTO

Veillez agraffer ou
coller la photo

Please, attach a
passport
photograph

ANNEE UNIVERSITAIRE / *ACADEMIC YEAR* 2017 – 2018

ETUDIANTS D'ECHANGE / *FOREIGN EXCHANGE STUDENTS*

2^e Année / *2nd year* 3^e Année / *3rd year* 4^e Année / *4th year* 5^e Année / *5th year*

Pré-Orientation ou Spécialité / *Specialization* :

FICHE D'AUTORISATION DE SOINS
AUTHORISATION FOR MEDICAL TREATMENT

I- IDENTITE/ *IDENTITY*

NOM : Prénoms : Sexe :
Last name First names Sex

(en majuscules / *in capitals*)

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

Etablissement scolaire précédent : Classe / *Class level*:
Previous school establishment

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

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

II - DATES DES VACCINATIONS / *VACCINE DATES*

- **DATE B.C.G. / *Tuberculosis vaccine date (if any)*** :
- **DATE ET RESULTAT DU DERNIER TEST TUBERCULINIQUE / *Date and result of the most recent Tuberculosis test*** :
- **DATES VACCINATION D.T.P. (+ coqueluche) / *Dates of D.T.P. vaccine*** :
- **DATES VACCINATIONS HEPATITE B / *Dates of Hepatitis B vaccine*** :
- **DATES VACCINATION R.O.R. / *Dates of Measles, Mumps, and Rubella vaccines*** :
- **AUTRES VACCINATIONS / *Other vaccines (Gardasil ®,...)*** :

III - 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 et pendant toute la durée de ma scolarité, toutes mesures d'urgence médicales et chirurgicales, y compris éventuellement l'hospitalisation :

(1) selon les décisions du médecin

I, the undersigned (Last and first name):

Birth date:

authorize the Director of INSA, Toulouse, in case of accident or illness at any time during my studies, and upon medical advice, to take all emergency medical or surgical measures, including hospitalization if necessary:

(1) according to the doctor's advice

à l'hôpital / *to the hospital* (C.H.U. Rangueil)

à la clinique / *to the clinic* (2)

Nom de la personne à prévenir en ce cas / *Name of person to contact in this case*

Adresse / *Address* (3)

Tél. :

Nom du médecin traitant : N° de Tél. :

Name of general practitioner

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

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

Signature de l'étudiant
Signature of student
(pour l'étudiant majeur)

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)

(1) rayez les mentions inutiles / *delete where not applicable*

(2) précisez le nom et l'adresse de cet établissement / *state name and address of establishment*

(3) Veuillez signaler tout changement d'adresse au cours de votre scolarité à l'INSA / *Please notify us of any change of address while student is at INSA*