

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

PHOTO

Veillez agraffer ou
coller la photo

Please, attach a
passport

ANNEE UNIVERSITAIRE / ACADEMIC YEAR 2019– 2020

- 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 - 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)