

*Document à rapporter à M. Escobar au plus tard le jour de la rentrée*

# FICHE INFIRMERIE / INTERNAT

## Elève

NOM.....Prénom(s).....

Né(e) le.....à.....Pays.....

Nationalité.....N° Sécurité Sociale.....

N° de portable de l'élève.....

Entrera en classe de :..... ou  CFC  Institut Supérieur  Int/Ext

## Responsable légal ou tuteur

NOM..... Prénom.....

Situation familiale ..... Nom de jeune fille.....

Profession..... Tél. Travail.....

**Domicile** – Adresse .....

Code postal ..... Commune..... Pays.....

Tél domicile..... Portable.....

➤ **Pour tout renseignement, contactez :**  
**M. ESCOBAR au 03.80.59.20.26 ou 06.43.51.98.55**

**INTERNAT du Groupe St Joseph La Salle**  
**39 Rue du Transvaal**  
**21000 DIJON**



***Document à rapporter à M. Escobar au plus tard le jour de la rentrée***

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :**

- Traitement au long cours (diabète / asthme/ ... etc.) :
  
- Antécédents d'allergie (médicaments interdits / piqûres d'insectes / ... etc.) :
  
- Autres remarques jugées utiles :

**Personne de confiance à contacter en cas d'absence :**

Nom et Prénom : \_\_\_\_\_ N° de tel : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

**Médecin Traitant :**

Nom et Prénom : \_\_\_\_\_ N° de tel : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

**AUTORISATION D'INTERVENTION MEDICALE**

**J'autorise le responsable de l'internat à prendre toutes décisions jugées urgentes par un médecin concernant la santé de mon enfant (Hospitalisation, intervention chirurgicale ou autre...)**

**Nom et prénom de l'élève /stagiaire :** \_\_\_\_\_

**Classe :** \_\_\_\_\_

**Date :** \_\_\_\_\_

**Signature du responsable légal / tuteur :** \_\_\_\_\_