

**Document à renvoyer ou à rapporter à Mme BARRE
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 familialeNom de jeune fille.....

Profession.....Tél. Travail.....

Domicile – Adresse

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

Tél domicile.....Portable.....

➤ **Pour tout renseignement, contactez :**

Mme BARRE au 07.56.38.13.68

INTERNAT du Groupe St Joseph La Salle

39 RUE DU TRANSVAAL

21000 DIJON



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 des responsables de l'élève :

Nom et Prénom : N° de tel :

Adresse :

Médecin Traitant :

Nom et Prénom : N° de tel :

Adresse :

AUTORISATION D'INTERVENTION MEDICALE

Je soussigné,.....autorise la 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 et signature du responsable légal / tuteur :