

**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 familiale .....Nom de jeune fille.....  
Profession.....Tél. Travail.....  
Domicile – Adresse .....  
Code postal ..... Commune.....Pays.....  
Tél domicile.....Portable.....

➤ **Pour tout renseignement, contactez :**  
**Mme BARRE**  
**07.56.38.13.68 - [emilie.barre@stjodijon.com](mailto:emilie.barre@stjodijon.com)**

**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 :