



SAINT-ASPAS
MELUN

Entré(e) au Campus Saint-Aspais le ___/___/___

Classe :

ALTERNANCE – “CONFIDENTIEL INFIRMIERIE”



Formation ouverte aux personnes en situation de handicap "sous réserve que la situation de santé de la personnes soit stabilisée, de l'absence de contre-indications à l'exercice de la profession et dans la limite d'aménagements raisonnables (loi du 11 février 2005)

NOM :

Prénom :

Né(e) le : à :

Adresse :

.....

Tél. : ___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___

RESPONSABLE (A PRECISER SI BESOIN)

Père

Mère

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Adresse domicile :

Adresse domicile :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

① domicile :

① domicile :

① portable :

① portable :

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE (autres que les parents)

1- M., Mme :

Qualité :

Tél. 1 :

Tél. 2 :

2- M., Mme :

Qualité :

Tél. 1 :

Tél. 2 :

Nom du médecin :

Tél. : __/__/__/__/__/__/__/__/__/__

ANTECEDENTS

Familiaux :

Médicaux :

Chirurgicaux :

ALLERGIES ET CONTRE-INDICATIONS

.....

TRAITEMENT(S) EN COURS :

.....

VACCINATIONS (DATES DERNIERS RAPPELS) :

BCG	
Test tuberculique	
D.T. POLIO	
HEPATITE	
ROR	
Autres	

AUTRES OBSERVATIONS :

.....

.....

En cas de nécessité, j'autorise le Chef d'Etablissement ou son représentant dûment mandaté à me faire transporter dans un établissement hospitalier du secteur ou approprié :

Je soussigné(e) declare exacte les renseignements de cette fiche.

Fait à le : __/__/__ SIGNATURE :

Joindre obligatoirement au dossier les photocopies des vaccinations et certificats médicaux si nécessaire

Informatique et liberté : vous bénéficiez d'un droit d'accès et de vérification des informations vous concernant (art. 26 et 27 de la loi du 06/01/78)

26 mars 2020