

Service Infirmierie  
Tel : 05.61.55.98.98 (+ répondeur)  
[geiger@insa-toulouse.fr](mailto:geiger@insa-toulouse.fr)

## ADMISSION 2018-2019

☐ 1<sup>re</sup> Année, ☐ 2<sup>e</sup> Année, ☐ 3<sup>e</sup> Année, ☐ 4<sup>e</sup> Année Pré-Orientat

☐ Formation Continue, ☐ Filière par apprentissage Spécialité : .....

## FICHE D'AUTORISATION DE SOINS

### IDENTITE

Nom: ..... Prénom(s) : ..... Sexe : .....  
(en majuscules)  
Date et lieu de naissance ..... Nationalité : .....  
Etablissement scolaire précédent : ..... Classe : .....  
Adresse personnelle : .....  
Adresse des parents : .....

### DATES DES VACCINATIONS

. D.T.P. (ou Pentacoq) : ...../...../..... R.O.R. : ...../...../..... rappel ROR : ...../...../.....  
. B.C.G : ...../...../... RESULTAT DERNIER TEST TUBERCULINIQUE : .....  
. HEPATITE B : ...../...../..... AUTRES (Gardasil ®, ...) : ...../...../..... .....

### AUTORISATION

Je soussigné (e) (NOM et Prénom ) : .....Né(e) le : .....

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 :

à l'hôpital (C.H.U.)

à la clinique .....

Nom de la personne à prévenir .....

Adresse : .....

Tél. : .....

Médecin traitant : ..... N° de Tél. : .....

Spécialiste : ..... N° de Tél. : .....

Fait à ..... Le .....

Signature de l'étudiant

Signature du père, de la mère ou représentant légal  
(si étudiant moins de 18 ans)