



IESPP TOURNAI

Classe : Infirmière Hospitalière – 1^{ère} année/2^{ème} /3^{ème}

FEUILLE DE RENSEIGNEMENTS

Nom : Prénom :

Lieu et date de naissance :/...../..... Nationalité :

Sexe : F/M Tél / GSM :

Numéro de registre national : (verso de la carte d'identité)

Adresse complète :

Ecole(s) et sections fréquentée(s) antérieurement :

.....

DONNEES RELATIVES A LA SANTE DE L'ELEVE

Médecin traitant (nom-adresse, n° de téléphone) :

.....

Médicaments pris actuellement, si oui, lesquels :

.....

Crise de tétanie ou de spasmophilie : Oui / Non

Allergie(s) à certains MEDICAMENTS ou VACCINS, si oui, lesquels :

.....

A REMPLIR PAR VOTRE MEDECIN SI POSSIBLE OU JOINDRE 1 COPIE DU CARNET DE VACCINATION

VACCINATIONS	Date 1 ^{ère} injection	Date 2 ^{ème} injection	Date 3 ^{ème} injection	Date 4 ^{ème} injection
Hépatite B				
Hépatite A/B				
Tétanos : dernier rappel				
R.R.O. (Rubéole, Rougeole, Oreillons)				
COVID				

Avez-vous le résultat d'une sérologie concernant : Hépatite A/B :

Rubéole :

DEPISTAGE TUBERCULINIQUE

Date de vaccin B.C.G. :/...../.....

Date du dernier test tuberculinique :/...../..... résultat négatif positif

Si test positif : résultat radio du thorax en date du/...../..... normale remarques :

LORS DE L'EXAMEN MEDICAL MERCI DE VOUS MUNIR :

- De votre carte de vaccination (ou carnet de santé)
- D'une copie du résultat radio thorax (uniquement si test tuberculinique positif)

**TRES
IMPORTANT**