

**IESPP TOURNAI**

**Classe : Infirmière Hospitalière – 1<sup>ère</sup> année/2<sup>ème</sup> /3<sup>ème</sup>**

**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 <sup>ère</sup> injection	Date 2 <sup>ème</sup> injection	Date 3 <sup>ème</sup> injection	Date 4 <sup>ème</sup> 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**