



IESPP TOURNAI

PDF 2

Classe : Infirmière Hospitalière – 1^{ère} année

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

DONNÉES RELATIVES À 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 :

À 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 :

DÉPISTAGE 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)

**TRÈS
IMPORTANT**