

DOSSIER INFIRMERIE 2025-2026



Document non confidentiel valable dans l'enceinte de l'Etablissement ou lors des différents déplacements en France et/ou à l'étranger.

COORDONNEES STAGIAIRE

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : M ☐ F ☐
Classe : _____ Régime : INT ☐ DP ☐ EXT ☐ Téléphone: /___/___/___/___/___/
Date de Naissance : ___/___/___ Lieu de naissance : _____
Adresse : _____

COORDONNEES PERSONNES A PREVENIR :

Lien de parenté :	Autre à préciser :
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
Portable :	Portable :
Tél. Travail :	Tél Travail :

DONNEES MEDICALES :

Nom du médecin traitant : _____
Vaccination antitétanique, date du dernier rappel : _____
Antécédents médicaux ou chirurgicaux : _____
Avez-vous des allergies (entourer la réponse) : Médicamenteuses ☐ Alimentaires ☐ Autres ☐
Si oui, lesquelles ? _____
Présentez-vous une déficience (auditive, visuelle...), une difficulté d'apprentissage (dyslexie...) ,
Merci de préciser le type de trouble, le traitement suivi et/ou les aménagements sollicités.

Traitement(s) éventuels : _____

AUROSITATION D'INTERVENTION :

Je soussigné,
Nom _____ Prénom : _____ Stagiaire de la formation pour adulte
Autorise l'administration de l'établissement à faire dispenser les soins reconnus nécessaires par un médecin et à prendre, le cas échéant, toutes mesures utiles pour une hospitalisation, une intervention d'urgence, une anesthésie.
En cas d'urgence, le médecin régulateur du SAMU m'orientera vers l'hôpital le mieux adapté. Le transport est assuré par les services de secours d'urgence.
La personne à prévenir sera aussitôt avertie par nos soins et prendra en charge si besoin, votre sortie du Centre Hospitalier.
Le CFPPA est déchargé de toute responsabilité tant au niveau du transport par le SAMU, qu'au niveau des actes médicaux et chirurgicaux qui seront pratiqués.
Fait à _____ le _____
Signature du stagiaire