

Fiche Médicale
(Confidentielle)

Nom et prénom : _____ N° d'inscription : _____

Adresse complète :

N° de téléphone : _____

Date de naissance (Jour/Mois/Année) : _____

Sexe : _____

Dans votre intérêt, nous vous rappelons qu'il est impératif de déclarer toutes pathologies, allergies ou traitement nécessitant un accompagnement spécifique.

Avez-vous des problèmes de santé qui nécessitent des soins particuliers ? Oui Non

Si oui, lesquels ? _____

Prenez-vous des médicaments de façon régulière ? Oui Non

Si oui, lesquels ? _____

Effets secondaires possibles de ces médicaments :

Souffrez-vous d'allergies¹ (médicaments ou aliments) ? Oui Non

Si oui, lesquelles ?

Y a-t-il des dispositions à prendre pour votre santé selon les maladies et/ou allergies mentionnées plus haut en cas d'urgence ? Oui Non

¹ Un papier médical est nécessaire pour chaque allergie mentionnée

Si oui, lesquelles ?

Y a-t-il autre chose que nous devrions savoir au sujet de votre santé ? Oui Non

Si oui, quoi ?

Personnes à contacter en cas d'urgence (Tuteurs) :

Nom & Prénom	N° de téléphone	Lien de parenté avec l'étudiant (e)

- Autorisations d'intervention :

En cas d'urgence pour la santé de l'étudiant, le service infirmerie prendra les mesures nécessaires.

Sauf indications contraires des tuteurs et en cas d'accident grave vous seriez conduit au service des urgences de la clinique conventionnée.

Nous soussignés, Mme et/ou Mr

Tuteurs de l'étudiant (e) :

Nom _____ Prénom _____

Autorisons en cas d'urgence la prise en charge de notre enfant au cas où il serait victime d'un accident ou d'une maladie aigue à évolution rapide.

Y a-t-il des dispositions à prendre en cas d'urgence (ambulance, hôpital, premiers soins) ? Si oui, lesquelles

Les renseignements contenus dans cette fiche sont exacts et je m'engage à vous informer de tout changement.

Signature du tuteur

Signature de l'Etudiant

Date

Date