

FICHE SANITAIRE
Renseignements médicaux concernant l'étudiant
Les données communiquées restent confidentielles

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

INSCRIPTION EN ANNÉE

Suivez-vous un traitement médical, si oui, lequel ? :

Indiquez ci après :

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre

Recommandations utiles :

Portez-vous des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...

Personnes à prévenir en cas d'urgence

NOM : Prénom :

Tél Fixe Portable : Bureau :

NOM : Prénom :

Tél Fixe Portable : Bureau :

Je soussigné(e) , déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le Directeur de l'établissement à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par mon état.

Fait à :

le