

FICHE SANITAIRE

*Les données médicales à caractère personnel ne sont en aucun cas obligatoires. Avec votre consentement, elles seront traitées uniquement par le service scolarité dans le cadre d'un travail d'accompagnement des étudiant.e.s. Vous disposez à tout moment d'un droit d'accès de modification ou de destruction des données. **

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

INSCRIPTION EN ANNÉE

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

Indiquez ci après *

Les **difficultés de santé** (maladie, fragilité psychologique, 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 (Obligatoire)

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