



ÉCOLE  
CENTRALE LYON

## DOSSIER MEDICAL

Date d'ouverture :

Photo

*A remplir par l'étudiant :*

NOM :	Prénom :	Sexe :
Date de naissance :		
Adresse et numéro de téléphone des parents :		
Adresse de l'étudiant en 2019-2020 :		
Numéro de telephone mobile :		

*Partie à remplir par le médecin de prevention de l'Ecole :*

Médecin traitant :	Dernière visite médicale :	
Date entretien :	Taille :	Poids :
<b>Antécédents personnels :</b>		
<b>Antécédents familiaux :</b>		
Père :		
Mère :		
<b>Traitement :</b>		
<b>Allergies :</b>		
<b>Allergie médicaments :</b>		
<b>Troubles fonctionnels :</b>		
<b>Sport, Loisirs :</b>		
Tabac : oui <input type="checkbox"/> depuis ..... ans      non <input type="checkbox"/>		
<b>Autre :</b>		
<b>Difficultés psychologiques, sommeil, adaptation :</b>		
<b>Suivi :</b>		
<b>TS :</b>		

Vaccinations	DTP	BCG	IDR
Rougeole : Oreillons : Rubéole :			
<b>Acuité visuelle</b> de loin : OD : OG : Correction : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Pathologie : Dernière consultation ophtalmologique :			
<b>Audition</b> Trouble connu :			
<b>Cardio vasculaire</b> Système veineux :		<b>TA :</b> Pouls :	
<b>Pulmonaire :</b>		<b>ORL :</b>	
<b>Abdomen :</b> Transit :		<b>HSM :</b>	
<b>Cutané :</b>			
<b>Ganglions :</b>			
<b>Génito urinaire</b> Suivi gynécologique : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Contraception : Règles :			
<b>Rachis</b> Douleur : Membre supérieur : Membre inférieur :		<b>Troubles de la statique :</b> DDMS :	
<b>Examen dentaire</b> Nombre de dents absentes : Nombre de dents cariées non traitées : Nombre de dents soignées :			
<b>Soins conseillés</b>			