**FICHE CONFIDENTIELLE DE SANTE**

Le secret médical est garanti par l’article 378 du code pénal

**NOM** : **PRENOM**:

**Date de naissance** :…../……/……..

**Statut** : ☐ ELEVE **Année**: ………………………………..

 ☐Auditeur de Master : ☐M1 ☐M2

 ☐ Autres …………………………..

**Date d’entrée à l’ECL** : …………………

**N° Téléphone**: ………………………….. **Mail** : …………………………..………………….......................................

**Adresse et n° d’appartement sur Lyon** (si vous les connaissez déjà) :……

**PERSONNE DE CONFIANCE** à prévenir en cas de nécessité :

NOM Prénom : TELEPHONE

LIEN (ami, parent, colocataire,….)

Parent 1 :

Adresse :

Téléphone :

Parent 2 :

Adresse :

Téléphone :

**ANTECEDENTS médicaux personnels**:

Interventions chirurgicales : …………………………..…………………………..

Allergies : ………………………….. Allergies à un médicament : ………………………………………………..

Problème rénal  ☐

Problème cardiaque ☐

Diabète ☐

Epilepsie ☐

Asthme  ☐

Problème de dos  ☐

Hémophilie  ☐

Spasmophilie  ☐

Troubles anxieux  ☐

Troubles du sommeil  ☐

Troubles addictifs  ☐

Dépression ☐

Troubles du comportement alimentaire  ☐

**AMENAGEMENTS SCOLAIRES ANTERIEURS (PAI, PAEH, MDPH)  :** **☐ OUI ☐ NON**

Préciser :

**SITUATION PARTICULIERE : handicap, dys, trouble psychologique ☐ OUI ☐ NON**

Actuellement suivez-vous un TRAITEMENT, lequel ? ………………………………………………………………………………….

Nom et coordonnées de votre médecin traitant : ………………………………………………………………………………………………

**Avez-vous déjà eu une visite médicale par un médecin de prévention** à l’ECL ☐

à l’université ☐

**VACCINATIONS : agrafez les photocopies de votre carnet de vaccination (toutes les pages concernées)**

*Ceci n’est pas nécessaire pour les anciens étudiants qui nous les ont déjà transmises l’année dernière et s’il n’y a pas eu de rappel de vaccin depuis****.***