



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 :

Parent 2 :

Adresse :

Adresse :

Téléphone :

Téléphone :

ANTECEDENTS médicaux personnels :

Interventions chirurgicales :

Allergies :

Allergies à un médicament :

Problème rénal

Problème de dos

Troubles addictifs

Problème cardiaque

Hémophilie

Dépression

Diabète

Spasmophilie

Troubles du comportement

Epilepsie

Troubles anxieux

alimentaire

Asthme

Troubles du sommeil

Autres/commentaire :

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** ?

Situation de handicap :

Lequel :

Êtes- vous déclaré MDPH ?

Aménagements ?

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.

36, avenue Guy de Collongue 69130 Écully - France

+33 (0)4 72 18 60 00

SIRET 196 901 870 000 10 - APE 8542Z