



Fiche des renseignements médicaux

Année universitaire :

PHOTO

✓ Coordonnées de l'étudiant(e)

Nom :

Prénom :

Adresse Personnel :

Tel. Personnel :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

✓ Coordonnées des parents de l'étudiant(e) :

Nom et Prénom de la mère : Tel :

Nom et Prénom du père : Tel :

✓ Coordonnées d'une tierce personne à joindre en cas d'urgence :

Nom et Prénom :

Téléphone :

✓ Etat de santé (Afin de nous permettre de réagir efficacement en cas de trouble de santé veuillez faire remplir cette case par votre médecin) :

Etat de santé (Antécédent médical) :

.....
.....

Type d'allergie :

Cas nécessitant un suivi : Oui Non

Médicament utilisé :

Coordonnées du médecin :

Signature du médecin :

La date/...../.....

Signature de l'étudiant(e)