



## Fiche des renseignements médicaux

Année universitaire:.....

PHOTO

### ✓ Coordonnées de l'étudiant(e)

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse Personnelle : .....

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)