

ANNEE D'ENTREE A L'UTBM:

Formation:

Photo

## **FICHE DOSSIER MEDICAL**

(A rapporter sous enveloppe cachetée, si vous le jugez nécessaire)

NOM : ..... PRENOM : .....

Date et lieu de naissance : .....

Sexe :  H  F

Nationalité : .....

### **Pour les étudiants de nationalité étrangère :**

Date d'arrivée en France : ..... Date dernière visite médicale (France) : .....

Adresse pendant les études à l'UTBM :

.....  
.....

N° de téléphone personnel : .....

N° de sécurité sociale : .....

Situation familiale :  Célibataire  Marié  Pacs  Autre : .....

Nombre de frères et sœurs : .....

Nombre d'enfants à charge : .....

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom / Prénom : .....

Téléphone : .....

Adresse : .....

.....

### **Vaccinations : (Fournir impérativement le jour de votre inscription votre carnet de vaccination ou le cas échéant un « certificat médical de vaccination »)**

• **Tétanos** :  oui  non Date du dernier rappel : .....

• **Diphtérie** :  oui  non Date du dernier rappel : .....

• **Poliomyélite** :  oui  non Date du dernier rappel : .....

*Si non-vacciné, fournir un certificat médical de contre-indication à la vaccination.*

