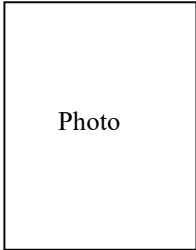


ANNEE ENTREE UTBM :  Formation :
--



***FICHE DOSSIER MEDICAL***  
( A rapporter sous enveloppe cachetée, si vous le jugez nécessaire)

NOM .....PRENOM.....  
Date et lieu de naissance :.....  
Sexe :                            Homme                            Femme .....  
Nationalité : .....

<b>Pour les étudiants de nationalité étrangère :</b> <b>Date d'arrivée en France :..... Date de la dernière visite médicale (France) :.....</b>
--

Adresse de l'étudiant pendant les études à l'UTBM :  
.....  
.....

N° de téléphone personnel : .....  
N° de sécurité sociale : .....

Situation familiale :     Célibataire     Marié(e)     Pacs     Autre

Nombre de frères et sœurs : .....  
Nombre d'enfants à charge : .....

Personne à prévenir en cas d'urgence :  
Nom Prénom : .....  
Téléphone : .....  
Adresse : .....  
.....

<b>Vaccinations : Fournir impérativement le jour de votre inscription votre carnet de vaccination ou le cas échéant un « certificat médical de vaccination »</b>
--

Tétanos : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date du dernier rappel :.....
Diphtérie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date du dernier rappel :.....
Polyomélyte : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date du dernier rappel :.....

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

**ANTECEDENTS MEDICAUX**

Maladies infantiles :  Oreillons     Rubéole     Scarlatine     Rougeole     Varicelle

Avez-vous déjà été opéré ?     Oui     Non

Si oui, pourquoi ?

.....  
.....

Avez-vous déjà présenté des problèmes de santé, d'allergies ?  Oui     Non

Si oui, lesquels ?

.....  
.....

Etes-vous atteint d'une ou de maladie(s) :  Oui     Non

Si oui, laquelle ou lesquelles ?

.....  
.....

Avez-vous déjà bénéficié d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) ou d'aménagements pour les examens ?  Oui     Non

Si oui, lesquels ?

.....  
.....

**Pour une demande d'aménagement du cursus (temps complémentaire...), veuillez vous signaler dès la rentrée au secrétariat du Service Médical, UTBM Campus de Sévenans.**

*Je certifie l'exactitude des renseignements inscrits dans ce dossier.*

Fait à : .....

Le .....

Signature :

## **AUTORISATION**

(à faire signer par les parents si l'étudiant n'est pas majeur à la rentrée)

Je soussigné .....

Responsable légal de l'étudiant.....

- donne l'autorisation à Monsieur le Directeur afin qu'il prenne, en cas de maladie, ou d'accident de l'étudiant, les mesures nécessaires au bon état de santé de mon enfant

- autorise notamment l'Administration de l'établissement à le faire transporter au Centre Hospitalier le plus proche,

- autorise les services médicaux à procéder à l'anesthésie générale préalable à l'opération, si une intervention chirurgicale d'urgence est décidée par le praticien.

Date : .....

Signature :