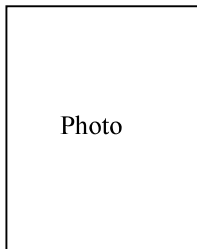




ANNEE ENTREE UTBM :

Formation :



FICHE DOSSIER MEDICAL

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

NOMPRENOM.....

Date et lieu de naissance :.....

Sexe : Homme Femme

Nationalité :.....

Pour les étudiants de nationalité étrangère :

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

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 :

.....

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 :.....

Polyomélyte : Oui 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 :