INSA INSTITUT NATIONAL DES SCIENCES APPLIQUÉES LYON

FICHE MÉDICALE

A destination du Service de Médecine Préventive des Etudiants

Merci d'envoyer la fiche recto-verso à : smpe@insa-lyon.fr

(N° ETUDIANT : I__I__I__I__I__I__I__I__I RÉSERVÉ ADMINISTRATION) GENRE : F ☐ H ☐

NOM PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE VILLE DE NAISSANCE

**Conformément à la loi Informatique et Libertés et au Règlement Général de Protection des Données (RGPD) le service de médecine préventive des étudiants est amené à recueillir et à conserver, dans un dossier, des informations sur votre état de santé. Ce dossier a pour finalité d'assurer votre suivi médical et de vous garantir la prise en charge la plus adaptée à votre état de santé.*
Seuls ont accès aux informations figurant dans votre dossier : le médecin, l'infirmière et la secrétaire. Dans le cadre de la réglementation, vous bénéficiez sur vos données personnelles : du droit d'accès et de rectification du droit à l'oubli, du droit à la limitation du traitement, du droit d'opposition. Le médecin, avec votre consentement, peut également transmettre à d'autres professionnels de santé des informations concernant votre état de santé.

À REMPLIR OBLIGATOIREMENT PAR LES PARENTS OU L'ÉTUDIANT MAJEUR

AUTORISATION DE SOINS OU D'HOSPITALISATION EN CAS D'URGENCE

Je soussigné(e), Nom Prénom

Adresse

Téléphone

agissant en qualité d'étudiant majeur ou de Père, Mère, Tuteur (1) de l'étudiant nommé ci-dessus,

autorise le Directeur de l'Institut National des Sciences Appliquées de Lyon ou ses représentants à prendre sur avis médical - en cas d'accident ou de maladie de l'élève, et pendant toute sa scolarité - toutes mesures d'urgences médicales et chirurgicales, y compris d'éventuelles hospitalisations.
En cas d'accident, les frais de transport de l'INSA à l'hôpital ne seront pas pris en charge par l'INSA.

Fait à le

Signature du Père, de la Mère, du Tuteur ou de l'étudiant majeur (1) et (2)

Nom du père Profession Père Tél

Nom de la mère Profession Mère Tél

Nombre de frères(s) Nombre de sœur(s)

(1) rayer les mentions inutiles
(2) Cette autorisation vous est demandée dans votre intérêt ; elle ne constitue cependant pas, de la part de l'INSA, moralement et juridiquement une garantie générale de prise en charge et d'assistance

À FAIRE REMPLIR PAR UN MÉDECIN

VACCINATIONS *(Joindre copies)*

☐ Tétanos Dernier rappel.....

☐ Polio Dernier rappel .....

☐ Hépatite B Dernier rappel.....

☐ BCG Dernier test tuberculinique .....Résultat .....

☐ Rougeole ☐ Rubéole ☐ Oreillons

Autres vaccins : .....

VACCIN ANTI-TÉTANIQUE OBLIGATOIRE POUR L'ENTRÉE À L'INSA

2021-2022

UNIVERSITÉ DE LYON

INSA INSTITUT NATIONAL DES SCIENCES APPLIQUÉES LYON

FICHE MÉDICALE

A destination du Service de Médecine Préventive des Etudiants

Merci d'envoyer la fiche recto-verso à : smpe@insa-lyon.fr

À FAIRE REMPLIR PAR UN MÉDECIN

NOM ..... PRÉNOM .....

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS *(Rayer les mentions inutiles)*

- Maladies Infantiles : Rubéole - Rougeole - Varicelle - Oreillons - Scarlatine
- Autres : Diabète - Epilepsie - Rhumatisme Articulaire Aigu - Néphrite - Hépatite - maladie cardiaque Paludisme - Allergies - Maladies Nerveuses - hypertension artérielle...
- Dyslexie ☐ oui ☐ non
  Date du dernier bilan orthophonique (un bilan de moins de 2 ans sera demandé lors de la visite médicale)
- Handicap(s) éventuel(s) : ..... Dossier MDPH : oui ☐ non ☐
- Accidents : .....
  .....
  .....
- Interventions chirurgicales récentes.....

EXAMEN MÉDICAL DE L'ÉTUDIANT

TAILLE..... **POIDS** ..... **IMC**.....

T.A. ..... **F.C (FRÉQUENCE CARDIAQUE)** .....

Appareil Cardio-Vasculaire : .....

Appareil Respiratoire : .....

Appareil Digestif : .....

Appareil Génito-Urinaire : .....

Appareil Locomoteur : .....

Appareil Auditif : .....

Appareil Visuel : .....

Santé Mentale : .....

Traitement en cours : .....

SPORT : le sport est une activité obligatoire à l'INSA

(Ne fait pas office de certificat, non valable pour les associations sportives)

☐ Etudiant ne présente pas de contre-indication à la pratique du sport

☐ A Aménager

Motifs : .....
.....

Conclusions

.....
.....
.....
.....
.....

Date

Nom, adresse et numéro de téléphone du médecin traitant **(Tampon et Signature)** :

2021-2022

UNIVERSITÉ DE LYON