



FICHE CONFIDENTIELLE DE SANTE

Le secret médical est garanti par l'article 378 du code pénal

NOM :

PRENOM :

Date de naissance :/...../.....

Statut : ELEVE

Année:

Auditeur de Master : M1 M2

Autres

Date d'entrée à l'ECL :

N° Téléphone : **Mail :**

Adresse et n° d'appartement sur Lyon (si vous les connaissez déjà) :

PERSONNE DE CONFIANCE à prévenir en cas de nécessité :

NOM Prénom :

TELEPHONE

LIEN (ami, parent, colocataire,...)

Parent 1 :

Parent 2 :

Adresse :

Adresse :

Téléphone :

Téléphone :

ANTECEDENTS médicaux personnels :

Interventions chirurgicales :

Allergies :

Allergies à un médicament :

Problème rénal

Problème de dos

Troubles addictifs

Problème cardiaque

Hémophilie

Dépression

Diabète

Spasmophilie

Troubles du comportement

Epilepsie

Troubles anxieux

alimentaire

Asthme

Troubles du sommeil

Autres/commentaire.....
.....

Actuellement suivez-vous un TRAITEMENT, lequel ?

Nom et coordonnées de votre médecin traitant :

Avez-vous déjà eu une visite médicale par un médecin de prévention à l'ECL
à l'université



ÉCOLE
CENTRALE LYON

Situation de handicap :
Lequel :
Etes-vous déclaré MDPH ?
Aménagements ?

VACCINATIONS : **agrafez les photocopies de votre carnet de vaccination** (toutes les pages concernées)

Ceci n'est pas nécessaire pour les anciens étudiants qui nous les ont déjà transmises l'année dernière et s'il n'y a pas eu de rappel de vaccin depuis.



Confidential health record

NAME:

FIRST NAME :

Birth Date :...../...../.....

Status : STUDENT

Year:

Master's auditor : M1 M2

Other

Entry date in ECL :

Phone Number :

Mail :

Address in Lyon (if you know it) :.....

Person to call if necessary :

NAME FIRST NAME:

Phone number

(friend, parent, roommate,....)

Parent 1 :

Parent 2 :

Address :

Address :

Phone Number :

Phone Number :

MEDICAL BACKGROUND :

surgical operation:

Allergy :

Allergy to a drug :

kidney problem

back problem

addictive disorders

heart problem

haemophilia

depression

diabetes

spahsmophilia

eating disorder

Epilepsy

anxiety disorders

asthma

sleep disorders

SCHOOL HELP (PAI, PAEH, MDPH) : YES NO

Specify it :

PARTICULAR SITUATION : disability, dys, psychological disorder YES NO

are you currently following a treatment, which one?

Name, adress, phone number from your doctor :



ÉCOLE
CENTRALE LYON

Have you ever had a medical examination by a prevention doctor in ECL or university

VACCINATION : **give a copy of your vaccination record (all pages necessary)**

It isn't necessary for the students in Centrale last year and if there has been no new vaccine