

À DESTINATION DU CENTRE DE SANTÉ INSA
MERCİ D'ENVOYER LA FICHE RECTO-VERSO À : centresanteinsa@insa-lyon.fr

(N° ETUDIANT : RÉSERVÉ ADMINISTRATION)		GENRE : F H
NOM		PRÉNOM
DATE DE NAISSANCE	VILLE DE NAISSANCE	

« L'INSA Lyon, représenté par son directeur, Frédéric Fotiadu, traite vos données à caractère personnel conformément au règlement européen (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 et de la loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée dite loi Informatique et Libertés, afin de nous apporter des informations médicales vous concernant.

Pour une information détaillée sur le traitement de vos données personnelles et sur les droits dont vous disposez (droit d'accès, de rectification et, selon la réglementation, la portabilité, l'opposition, la restriction du traitement de vos données personnelles ou leur effacement), connectez-vous à notre site Internet www.insa-lyon.fr et reportez-vous à la rubrique « données personnelles ». Pour exercer vos droits, adressez-vous par courriel à notre délégué à la protection des données : dpo@insa-lyon.fr »

Pour une information complète sur vos données personnelles, merci de consulter notre site internet ou de cliquer sur le lien suivant : <https://www.insa-lyon.fr/fr/donnees-eleves>

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

À DESTINATION DU CENTRE DE SANTÉ INSA

MERCI D'ENVOYER LA FICHE RECTO-VERSO À : centresanteinsa@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 (cf *[courrier aménagement pour le sport](#)* à faire remplir par votre médecin)

Motifs :

Conclusions

Date _____

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