

À DESTINATION DU CENTRE DE SANTÉ INSA

MERCI D'ENVOYER LA FICHE RECTO-VERSO À : [centresanteinsa@insa-lyon.fr](mailto:centresanteinsa@insa-lyon.fr)

(ou sous enveloppe cachetée par courrier au Centre de Santé INSA – 8, allée du Rhône 69100 Villeurbanne)

( N° ETUDIANT :                     RÉSERVÉ ADMINISTRATION )		ANNÉE D'ÉTUDE
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](http://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](mailto: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(e) majeur(e) ou de Parent, Tuteur (1) de l'étudiant(e) nommé(e) 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(e) majeur(e)

Nom du parent 1                      Tél  
Nom du parent 2                      Tél

**À FAIRE REMPLIR PAR UN MÉDECIN**

**VACCINATIONS (Joindre copies)**

DTPolio : 3 doses dans l'enfance                      Date dernière vaccination :  
ROR (Rougeole-Oreillons-Rubéole) N°1                      N°2  
Hépatite B N°1                      N°2                      N°3  
Méningite ACWY - date vaccination :

**LES VACCINS ANTI-TÉTANIQUE ET ANTIROUGEOLE SONT OBLIGATOIRES 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](mailto:centresanteinsa@insa-lyon.fr)

(ou sous enveloppe cachetée par courrier au Centre de Santé INSA – 8, allée du Rhône 69100 Villeurbanne)

**À FAIRE REMPLIR PAR UN MÉDECIN**

NOM

PRÉNOM

**ANTÉCÉDENTS PERSONNELS**

- Antécédents Médicaux :
- Antécédents Chirurgicaux :
- Antécédents Psychiatriques / Santé Mentale :
- Neuroatypie / Tsa / Troubles De L'apprentissage :
- Allergies :
- Traitements En Cours :
- Handicap(S) Éventuel(S) : Dossier Mdph : Oui Non

**EXAMEN MÉDICAL DE L'ÉTUDIANT**

**TAILLE**

**POIDS**

**IMC**

**T.A.**

**F.C (FRÉQUENCE CARDIAQUE)**

**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) :