

# FICHE MÉDICALE

A destination du Service de Médecine Préventive des Etudiants

**Merci d'envoyer la fiche recto-verso à : [smpe@insa-lyon.fr](mailto:smpe@insa-lyon.fr)**

( N° ETUDIANT :                     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 <sup>(1) et (2)</sup>

Nom du père	Profession Père	Tél
Nom de la mère	Profession Mère	Tél
Nombre de frères(s)	Nombre de sœurs(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 tuberculique .....	Résultat .....
Rougeole	Rubéole	Oreillons
Autres vaccins : .....		

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

# FICHE MÉDICALE

A destination du Service de Médecine Préventive des Etudiants

Merci d'envoyer la fiche recto-verso à : [smpe@insa-lyon.fr](mailto: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) :