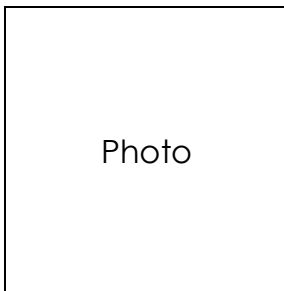


Service National de Santé Scolaire et Universitaire

Fiche N° :



FICHE MEDICALE

Nom et Prénoms:.....

Fils de:..... Et de.....

Né(e) le:..... à..... Sexe

Domicilié(e) à:..... Chez:.....

Matricule:..... Téléphone:.....

Faculté:.....

Département:..... Classe :.....

En cas d'urgence contacter:.....

ANTECEDENTS ET ALLERGIES

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

VACCINATIONS

Vaccins	Date	Date	Date	Date	Lot	Observations
Covid - 19						
BCG						
Hépatite (1,2,3,4)						
VAT (1,2,3,4,5)						

OBSERVATIONS

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

ANNEE UNIVERSITAIRE									
DATE									
POIDS									
TAILLE									
TEMPERATURE									
TENSION ARTERIELLE									
P.THORACIQUE									
ASPECT GENERAL									
ACUITE VISUELLE									
OD:									
OG:									
O.R.L									
ODONTOSTOMATOLOGIE									
APPAREIL RESPIRATOIRE									
APPAREIL ABDOMINAL									
APPAREIL URO-GENITAL									
APPAREIL CARDIO - VASCULAIRE									
APPAREIL DIGESTIF									
APPAREIL NEUROLOGIQUE									
BILAN SANGUIN									
BILAN URINAIRE									
RADIOGRAPHIE PULMONAIRE									

Attestation médicale

Je soussigné :Fonction.....

Certifie que :l'Etudiant(e) est :

Apte = A

A Surveiller = S

Inapte temporaire = IT

Inapte Définitif = ID

A fréquenter l'établissement d'enseignement

Signature et cachet du Médecin