

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

**NOM :** .....

(en lettres capitales)

**DATE DE NAISSANCE :** .....

**PRENOM :** .....

(en lettres capitales)

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

• **Avez-vous des allergies ?**

	oui	non	Précisez la cause de l'allergie, la conduite à tenir et si automédication
Respiratoires			
Alimentaires			
Médicamenteuses			
Autres			

• **Etes-vous en situation de handicap ?**

**Oui**

**Non**

**Indiquez les difficultés de santé** (maladie, accident, handicap, crises convulsives, hospitalisation, rééducation) **ou toute information importante** en précisant les précautions médicales ou logistiques à prendre :

## PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOM.....

PRENOM.....

TEL. Domicile : .....

Port .....

Autre : .....

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT (facultatif).....

**Date :**

**Signature :**

**Nom et signature du Responsable légal si mineur :**

*Vos données sont collectées dans la seule finalité d'organiser l'inscription à Campus connecté de l'Agglomération Montargoise. Les données sont conservées 12 mois dans le strict respect des précédentes finalités énoncées. Conformément à la loi Informatique et liberté articles 39 et 40, conformément au RGPD articles 15 à 18, vous pouvez exercer l'ensemble de vos droits concernant vos données personnelles en écrivant à adresse postale et/ou adresse mail du service en justifiant de votre identité.*