

DOSSIER MEDICAL

Souffrez-vous de maladies chroniques :

Oui ?

Non ?

Lesquelles :

Nom, Adresse et Téléphone de votre médecin traitant :

.....
.....

Etes vous allergique à des médicaments particuliers :

Oui ?

Non ?

Si oui, préciser lesquels :

En cas d'accidents ou d'urgence, mentionner, avec précision, le nom, adresse et numéro de téléphone de la personne à contacter

.....

Veillez mentionner, avec précision, le nom, adresse et numéro de téléphone du centre hospitalier à contacter

.....

Si aucun centre n'est mentionné l'Institut se réserve le droit de conduire l'étudiant à ses frais à la **Clinique Agdal, Rabat**.

Je certifie que les informations rapportées dans cette déclaration sont correctes.

Porter la mention « lu et approuvé »

Signature de l'Etudiant

A Rabat, le : 20.....