

## FICHE MÉDICALE

**Pour information, l'établissement n'est pas autorisé à délivrer un médicament quel qu'il soit**

Je soussigné(e) ..... étudiant à l'ISETA

autorise l'établissement à faire pratiquer tous les soins ou interventions chirurgicales nécessaires en cas de maladie ou accident.

Fait à .....

Signature du responsable ou de l'étudiant(e) si majeur(e) :

L'Etablissement s'engage à contacter le plus rapidement possible la famille. Cette autorisation est étendue aux périodes de stage obligatoires.

\*\*\*\*\*

## CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné, Docteur en Médecine, certifie avoir examiné M. Mme .....  
et déclare qu' il (elle) est apte à :

- Participer aux activités sportives et aux sorties scolaires
- Sans réserve
- Avec les réserves suivantes : .....

Fait à ..... Le .....

Cachet du médecin :

Signature :



**ISETA-ECA**

Poisy – Chavanod – Sevrier

859 route de l'école d'agriculture - CS 10039 - 74331 POISY CEDEX | 04 50 46 20 26 | [contact@iseta-eca.cneap.fr](mailto:contact@iseta-eca.cneap.fr)  
SIRET Poisy 776 603 060 00018 | SIRET Chavanod 776 603 060 00034 | SIRET Sevrier 776 603 060 00026 | [www.iseta-eca.fr](http://www.iseta-eca.fr)