

PROBLEMES DE SANTE SPECIFIQUES

COORDONNEES	
Nom / prénom :	
Date de naissance :	
Département et filière :	
Type de formation	plein temps ; en emploi ; temps partiel
Année d'études	1 ^e année ; 2 ^e année ; 3 ^e année ; 4 ^e année

Nature du problème de santé
Symptômes

Conduite à tenir en cas de survenue du problème

Par ma signature, j'autorise la HEIG-VD à :

- transmettre la nature de mon problème de santé à mes enseignant-e-s, responsable de filière, doyen et secrétariat de département;
- inscrire les données communiquées sur un fichier partagé que la responsable du Centre Formation de Base, tous les secrétariats et responsables de filière pourront consulter en cas d'urgence.

Date :

Signature :

Centre Formation de Base

Avenue des Sports 20 / CP
521 1401 Yverdon-les-Bains

Tél. : +41 (0)24 557 76 06

E-mail: Secretariat.CFB@heig-vd.ch