

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX POUR L'ÉTUDIANT(E)

Veuillez remplir cette fiche avec soin et précision. Les informations fournies sont confidentielles et seront utilisées uniquement par le personnel médical autorisé en cas d'urgence.

## 1. Informations Personnelles de l'Étudiant(e)

- Sexe :  Homme  Femme
- Nom : \_\_\_\_\_
- Nom de naissance (si différent) : \_\_\_\_\_
- Prénom(s) : \_\_\_\_\_
- Date de naissance : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
- Nationalité : \_\_\_\_\_
- Adresse : \_\_\_\_\_
- Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_
- Pays : \_\_\_\_\_
- Téléphone(s) : (1) \_\_\_\_\_ (2) \_\_\_\_\_
- Courriel : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_
- Autre (préciser) : \_\_\_\_\_

## 2. Contact d'urgence

- Sexe :  Homme  Femme
- Nom et Prénom(s) : \_\_\_\_\_
- Lien : \_\_\_\_\_
- Téléphone(s) : (1) \_\_\_\_\_ (2) \_\_\_\_\_
- Courriel : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_
- Autre (préciser) : \_\_\_\_\_
- Mode de communication à privilégier :  Téléphone  Courriel  Autre

### 3. Antécédents Médicaux

Veuillez cocher les cases correspondantes et fournir des détails si nécessaire.

- Allergies :

- **Médicaments** :  Oui  Non
  - Si oui (préciser) :

- **Alimentaires** :  Oui  Non
  - Si oui (préciser) :

- **Autres (pollen, piqûres d'insectes, etc.)** :  Oui  Non
  - Si oui (préciser) :

- Maladies chroniques :

- Asthme :  Oui  Non
  - Diabète :  Oui  Non
  - Épilepsie :  Oui  Non
  - Hypertension :  Oui  Non
  - Autres (préciser) :

- Opérations chirurgicales antérieures :  Oui  Non

Si oui, préciser la(es) date(s) et la nature de l'opération :

(1) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ (2) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

- Hospitalisations antérieures :  Oui  Non

Si oui, préciser la date et le motif :

### 4. Médicaments Actuels

- Prenez-vous des médicaments actuellement ?  Oui  Non

Si oui, veuillez lister les médicaments, le dosage et la fréquence :

### 5. Vaccinations

- Veuillez indiquer les dates de vos dernières vaccinations.

- Tétanos :
  - Diphtérie :
  - Poliomyélite :
  - Hépatite B :



"L'Excellence à la gloire de Dieu"

- Autres (préciser) : (1) \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  
(2) \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  
(3) \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

## 6. Informations Générales

- Groupe sanguin :
- Portez-vous des lunettes ou des lentilles de contact ?  Oui  Non
- Y a-t-il d'autres informations médicales que vous jugez importantes à communiquer au personnel médical ? (Par exemple : restrictions alimentaires, régime spécial, besoins spécifiques, etc.) :

---

---

---

## 7. Consentement et Signature

Je, soussigné(e) \_\_\_\_\_, certifie que toutes les informations fournies dans cette fiche sont exactes et complètes. J'autorise le personnel médical de l'établissement à utiliser ces informations en cas d'urgence médicale.

- Date : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

- Signature de l'étudiant(e) : \_\_\_\_\_