



"L'Excellence à la gloire de Dieu"

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX POUR L'ÉTUDIANT(E)

Veillez 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



"L'Excellence à la gloire de Dieu"

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) : _____