

**Nom / Last name :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Prénom / First name :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Date et lieu de naissance / Date of birth and place** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Nationalité / Nationality :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Adresse / Address :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Code postal / Zip code :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Commune / City :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Port. / mobile :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. **Email:** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Formation / Education :** **Grande Ecole**: Pré-Master [ ]  ASTF [ ]  ASTI [ ]  / **GBBA** [ ]  exchange [ ]

**Année d’entrée à l’Essec / Year of entry at Essec :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**DOSSIER MEDICAL/MEDICAL FILE**

***Strictement confidentiel et réservé au service médical***

***Strictly confidential and property of medical department***

**A COMPLETER par l’étudiant avec le consentement de la personne concernée / TO BE COMPLETED by the student with the consent of the person concerned:**

**Je soussigné(e) / I :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. **autorise toute mesure d’urgence médicale ou chirurgicale en cas de maladie ou d’accident / authorizes emergency medical or surgical measures in the event of illness or accident**

**Personne à prévenir en cas d’urgence / Person to contact in case of emergency :**

**Nom Prénom / Last and first name:** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Lien (famille, ami, etc) / (family relation, friend ?) :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Adresse / Address :**Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. **Tél / Phone :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

[ ]  ***Je confirme avoir eu le consentement de la personne concernée* / I confirm that I have the consent of the personne concerned**

**Fait à / signed in :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. **le / on :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.



Signature :

( 3 x 5.5 cm max )

|  |  |
| --- | --- |
|  C:\Users\hansepautrot\AppData\Local\Microsoft\Windows\INetCache\Content.Word\image1.jpg | Les données personnelles recueillies dans le dossier médical font l'objet d'un traitement automatisé conforme au règlement européen (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la loi "Informatique, fichiers et libertés" n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée. Le responsable de traitement est l'ESSEC en la personne de son Directeur Général (dpdg@essec.edu). Le traitement des données collectées a pour object d'améliorer le suivi sanitaire des étudiants et de développer les actions de prévention et d'éducation à la santé et des actions d’accompagnement au maintien dans les études. La base légale du traitement est l’obligation légale de l’ESSEC à organiser une protection médicale au benefice de ses étudiants conformément aux dispositions de l'article L. 831-1 du code de l'éducation. Les données traitées sont les données relatives à votre identité, vos habitudes de vies, et à votre santé. L’absence de fourniture de ces données n'a pas de conséquence académique. Toutefois elle sera nécessaire pour tout accompagnement médicalisé personnalisé. Les données collectées sont exclusivement destinées à l’équipe médicale de l’Essec à savoir : le médecin et l'infirmière. Elles seront conservées pendant 10 ans puis détruites. Vous disposez d'un droit de demander l’accès à vos données personnelles, leur rectification, leur effacement, une limitation du traitement. Vous avez également le droit de nous faire part de votre souhait relatif au sort de vos données post-mortem. Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant par courrier électronique à : studentnurse@essec.edu ou à la déléguée à la protection des données à dpd@essec.edu |

**Questionnaire Personnel / Personal questionnaire**

Cursus scolaire (filière bac, prépa, cycle international, autre…) / Academic curriculum :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Fratrie (position) / Siblings : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Sport(s) / Sport(s) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. h/sem, h/week : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Job Etudiant / Student job : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. h/sem, h/week : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Trajet domicile-école / Home-work journey : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Mode et temps de transport / type of transport & duration : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Où habitez-vous pendant les études ? / Where do you live during the ESSEC program?

Parents [ ]  Seul / Alone [ ]  Colocation / Roommate [ ]  ESSEC Residence [ ]

***Quelques questions personnelles/ Some personal questions*** :

POIDS / WEIGHT Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. TAILLE / HEIGHT : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Lentilles/Lenses : [ ]  Oui / Yes [ ]  Non / No Lunettes/Glasses : [ ]  Oui / Yes [ ]  Non / No

**Avez-vous déjà présenté les difficultés ou troubles suivants ?**

**Have you ever experienced the following physical or mental disorders?**

[ ]  Oui / Yes [ ]  Non / No Si oui, lesquels / If yes, please specify :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Fatigue / Tiredness : [ ]  Oui / Yes [ ]  Non / No

Troubles du sommeil / Sleeping disorders : [ ]  Oui / Yes [ ]  Non / No

Troubles des conduites alimentaires / Eating problems : [ ]  Oui / Yes [ ]  Non / No

Troubles de concentration / Learning disorders : [ ]  Oui / Yes [ ]  Non / No

Difficultés relationnelles / Behaviorial problems : [ ]  Oui / Yes [ ]  Non / No

 Autres difficultés, other problems (à préciser / to be precised) :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Avez-vous déjà rencontré un psychologue ou un psychiatre ?**

**Have you ever had to see a psychologist or a psychiatrist?** [ ]  Oui / Yes [ ]  Non / No

Etes-vous suivi(e) / Are you currently consulting ? [ ]  Oui / Yes [ ]  Non / No

Traitement / Treatment : [ ]  Oui / Yes [ ]  Non / No Lequel / Which one :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Consommez-vous / Do you take ?**

Tabac / Tobacco : [ ]  Oui / Yes [ ]  Non / No combien / how much? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Alcool / Alcohol: [ ]  Oui / Yes [ ]  Non / No combien / how much? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Autres / others : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Séjours à l’étranger dans pays à risques sanitaires / Travels in health risk countries** :

[ ]  Oui / Yes [ ]  Non / No Si oui, lesquels / If yes please specify Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date et durée / Date and time : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.



**SERVICE MEDICAL / HEALTH SERVICE**

**Docteur Arnaud RICHARD / Laure HANSE PAUTROT Infirmière**

**Tél / phone: +33 (0)1 34 43 39 52**

**Email: *studentnurse*@*****essec******.******edu***

**FICHE MEDICALE à compléter** *(avec l’aide de votre médecin traitant si**besoin)*

**MEDICAL FORM to be completed** *(with your family doctor if necessary)*

**Antécédents familiaux / Family history :**

HTA / High blood pressure : [ ]  Oui / Yes [ ]  Non / No

Diabète / Diabetes : [ ]  Oui / Yes [ ]  Non / No

Hypercholestérolémie / High cholesterol level : [ ]  Oui / Yes [ ]  Non / No

Cancer (sein, colon…/ Breast, colon…) : [ ]  Oui / Yes [ ]  Non / No

Troubles mentaux / Mental disorders : [ ]  Oui / Yes [ ]  Non / No

Antécédents cardiaques / Heart problems : [ ]  Oui / Yes [ ]  Non / No

Autres / others : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Antécédents personnels / Personal history :**

Médico-chirurgicaux / Medical & surgical : [ ]  Oui / Yes [ ]  Non / No

Si oui, lesquels / If yes, please specify Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Maladies (chroniques ou autres) / Chronic illnesses (others) : [ ]  Oui / Yes [ ]  Non / No

Si oui, lesquels / If yes, please specify Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Allergies / Allergies : [ ]  Oui / Yes [ ]  Non / No

Si oui, lesquels / If yes, please specify Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Handicap, maladie invalidante / Disability, disabling disease : [ ]  Oui / Yes [ ]  Non / No

* Si handicap, quels sont vos besoins ? / If disability what are your needs? : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Avez-vous eu des aménagements de cours lors de vos précédentes études ? [ ]  Oui / Yes [ ]  Non / No

Did you have any course accommodations in your previous studies?

Si oui, lesquels / If yes, please specify Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Cela est-il toujours toujours nécessaire ? / Is this always necessary ? [ ]  Oui / Yes [ ]  Non / No

Suivi gynéco / Gynecological treatment (contraception) [ ]  Oui / Yes [ ]  Non / No

**Traitement en cours** (régulier ou occasionnel)

**On-going treatment** (regular or occasional) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Vaccinations / Vaccinations**

( Si possible, joindre une copie du carnet de santé / if possible, attach a copy of the health record. )

DTCoq**-** Polio / Diphteria, tetanus, whooping cough **-** Polio : [ ]  Oui / Yes [ ]  Non / No

*Date du dernier rappel / Date of the last shot :* Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Hépatite B / Hepatitis B : [ ]  Oui / Yes [ ]  Non / No

*Date du dernier rappel / Date of the last shot* :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

ROR / Measles, mumps : [ ]  Oui / Yes [ ]  Non / No

*Date du dernier rappel / Date of the last shot* : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Tuberculose / Tuberculosis : [ ]  Oui / Yes [ ]  Non / No

*Date du dernier rappel / Date of the last shot* : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Gardasil® : [ ]  Oui / Yes [ ]  Non / No

Autres / others : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

***Attention/Attention***

***Si sport prévu****, demander un certificat médical d’aptitude, avec mention « en compétition » à votre médecin traitant et* ***gardez-le*** *pour le remettre à l’association du sport choisi.*

 ***If a sport is planned****, ask for a medical certificate of capacity with mention “in competition” to your family doctor and* ***keep it on you*** *to give it to the association of the chosen sport.*

*Réservé au médecin de l’ESSEC / Reserved for ESSEC doctor*

**Visite médicale / Medical examination :**