

Nom / Last name: Prénom / First name:

Date et lieu de naissance / Date of birth and place:

Nationalité / Nationality:

Adresse / Address:

Code postal / Zip code: Commune / City:

Port. / mobile: email :

Formation / Education / Année / Year: Grande Ecole : Pré-Master AST / GBBA / IMHI

DOSSIER MEDICAL MEDICAL FILE

*Strictement confidentiel et réservé au service médical
Strictly confidential and property of medical department*

OBLIGATOIRE : ce document doit être complété et adressé dans une enveloppe cachetée au «Service Médical Etudiant ESSEC» 3 avenue B. Hirsch 95021 Cergy-Pontoise cedex **ou** déposé dans une des urnes marquées «**DOSSIER MEDICAL**» présentes sur le campus **avant le 2 septembre 2019.**

MANDATORY: this document must be completed and sent in a sealed envelope to the "Service Médical Etudiant ESSEC" 3 avenue B. Hirsch 95021 Cergy-Pontoise cedex **OR** dropped off in one of the boxes "**MEDICAL FILE**" that are dotted around the campus **before September 2nd 2019**

A COMPLETER par l'étudiant / TO BE COMPLETED by the student:

Je soussigné(e): autorise toute mesure d'urgence médicale ou chirurgicale en cas de maladie ou d'accident /

I hereby authorize all urgent medical or surgical care should I fall ill or have an accident.

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

Nom / Last name: Prénom / First name:

Lien (famille, ami, etc) / (family relation, friend):

Adresse / Address: Tél / Phone:

Fait à / signed in: le / on:

Signature



- Les données personnelles collectées par ce questionnaire, font l'objet d'un traitement conforme à la loi "Informatique, fichiers et libertés" n° 78-17 du 6 janvier 1978 dont la finalité est le suivi médical des étudiants.
- Le responsable des traitements est le Directeur Général du Groupe Essec.
- Les informations collectées sont exclusivement destinées à l'équipe médicale de l'Essec.
- Vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification ou d'opposition prévus par la loi en vous adressant à l'équipe médicale, ou par courrier électronique au Correspondant Informatique et Libertés du Groupe Essec (c i l @ e s s e c . f r)

Questionnaire Personnel / Personal questionnaire

Cursus scolaire (filiale bac, prépa, cycle international, autre...) / Academic curriculum :

.....

Fratrie (position) / Siblings:

Sport(s) / Sport(s):h/sem, h/week:

Job Etudiant / Student job:h/sem, h/week:

Trajet domicile-école / Home-work journey:

Mode et temps de transport / type of transport & duration:

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.....TAILLE / HEIGHT :.....

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:

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 / Behavioral problems: Oui / Yes Non / No

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

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:.....

Consommez-vous / Do you take ?

Tabac / Tobacco Oui / Yes Non / No combien / how much?

Alcool / Alcohol Oui / Yes Non / No combien / how much?

Drogues / drugs Oui / Yes Non / No combien / how much?

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.....

SERVICE MEDICAL / HEALTH SERVICE

Docteur Arnaud RICHARD / Sylvie CORBASSON Infirmière
Tél / phone: +33 (0)1 34 43 39 52 / +33 (0)6 17 56 01 94
Email: corbasson@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)*

Nom / Prénom, **Last Name / First Name:**.....

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**

K (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:**.....

Antécédents personnels / Personal history:

Médico-chirurgicaux / **Medical & surgical:** Oui / **Yes** Non / **No**
Si oui, lesquels / **If yes, please specify**

Maladies (chroniques ou autres) / **Chronic illnesses (others) :** Oui / **Yes** Non / **No**
Si oui, lesquels / **If yes, please specify**.....

Allergies / **Allergies:** Oui / **Yes** Non / **No**
Si oui, lesquels / **If yes, please specify**.....

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

Si handicap, avez-vous une RQTH (only for French students)? Oui Non

Si handicap, quels sont vos besoins? / **if disability what are your needs?:**.....

Suivi gynéco / **Gynecological treatment (contraception)** Oui / **Yes** Non / **No**
Si oui, lesquels / **If yes, please specify:**.....

Traitement en cours (régulier ou occasionnel)

On-going treatment (regular or occasional) :

.....
Vaccinations / Vaccinations

DTCoq- Polio / **Diphtheria, tetanus, whooping cough - Polio:** Oui / **Yes** Non / **No**
Date du dernier rappel / Date of the last shot:

Hépatite B / **Hepatitis B:** Oui / **Yes** Non / **No**
Date du dernier rappel / Date of the last shot:

ROR / **Measles, mumps :** Oui / **Yes** Non / **No**
Date du dernier rappel / Date of the last shot:

Tuberculose / **Tuberculosis:** Oui / **Yes** Non / **No**
Date du dernier rappel / Date of the last shot:

Gardasil® / **Gardasil®:** Oui / **Yes** Non / **No**

Autres / **others:**

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 :