

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** par mail à [corbasson@essec.edu](mailto:corbasson@essec.edu) **ou** déposé dans une des urnes marquées «**DOSSIER MEDICAL**» présentes sur le campus **avant le 1<sup>er</sup> septembre 2020.**

**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** by email to [corbasson@essec.edu](mailto:corbasson@essec.edu) **or** dropped off in one of the boxes "**MEDICAL FILE**" that are dotted around the campus **before September 1st 2020**

### 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 ([cil@essec.fr](mailto:cil@essec.fr))

## 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](mailto: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 :**