

SEXE
H M F

NOM :

Nom / Last name Prénom / First name

Date et lieu de naissance / Date of birth and place

Nationalité / Nationality

Code postal / Zip code Commune / City

Port. / Mobile Email

DOSSIER MEDICAL MEDICAL FILE

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

ANNEE : FORMATION :

PRENOM :

OBLIGATOIRE, dans une enveloppe cachetée au « Service médical d'HEC Paris, 1 rue de la Libération 78350 Jouy-en-Josas », ou déposé au service médical, bâtiment L à la rentrée de septembre.

MANDATORY, this document must be completed and sent in a sealed envelope to the «Service médical d'HEC Paris, 1, rue de la Libération, 78350 Jouy-en-Josas» or dropped off to the medical service, building L, during septembre.

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 /

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

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

Nom / Last name Prénom / First name

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

Adresse / Adress : Tél / Phone :

Fait à / signed in : le / on :

Signature

FORMATION :

FICHE MEDICALE à compléter par le médecin traitant
MEDICAL FORM to be completed (with your family doctor if necessary)

HEC MEDICAL CENTER
☎ : 01 39 67 74 00 / 01 39 67 97 12 / medical-center@hec.fr

ANTECEDENTS PERSONNELS / PERSONAL QUESTIONNAIRE and Family history

ALLERGIES OUI NON

Si oui, lesquelles / If yes, please specify: _____

Traitement en cours (réguliers ou occasionnels) / On-going treatment (regular or occasional)

VACCINATIONS joindre une copie du carnet de vaccinations / please attach a copy of the vaccination book

DT Coq-Polio / Diphtheria, tetanus, whooping cough-Polio Oui / Yes Non / No
Date du dernier rappel / Date of the last shot:
Dates of each vaccin

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

Hépatite A / Hepatitis A: Oui / Yes Non / No
Date du dernier rappel / Date of the last shot:
Dates of each vaccin

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

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

Gardasil® / Gardasil®(HPV) Oui / Yes Non / No
Dates of each vaccin

Autres / Others:.....

ATTENTION / IMPORTANT

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.

EXAMEN CLINIQUE COMPLET

MEDECIN TRAITANT

NOM ET ADRESSE

Date :
Signature et cachet :