

1. RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Nom :

Prénom : Sexe : M - F

Naissance : Lieu et date :/..../.....

Nationalité :

Adresse : N°

Localité : Code postal :

Téléphone privé : Autres (gsm):

Médecin traitant :

Dernière école fréquentée : Classe :

A compléter par les étudiants étrangers uniquement

Adresse en Belgique :

.....

Téléphone en Belgique:

Date d'arrivée en Belgique : Pays d'origine :

Êtes-vous passé par l'office des étrangers : oui - non

2. ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

	EN VIE		DECEDES	
	Âge	État de santé - maladies	Âge du décès	Cause du décès
Père				
Mère				
Frères				
Soeurs				

2. ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

A) Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale ? OUI - NON

Si oui, laquelle et à quelle date ?

.....

B) Quels accidents, blessures ou traumatismes avez-vous subis ? (fractures, douleurs lombaires, etc.)

.....

C) Prenez-vous des médicaments actuellement ? OUI - NON

Si oui, lesquels?

.....

D) Avez-vous été ou êtes-vous victime d'une des affections suivantes ?

	OUI (<i>laquelle ?</i>)	NON
de la peau (eczéma, psoriasis,...)		
du système nerveux (épilepsie, dépression nerveuse,...)		
des yeux, du nez, des oreilles (troubles de la vue,...)		
du système digestif (vomissement, jaunisse,...)		
des voies respiratoires (pneumonie, asthme, tuberculose,...)		
du cœur ou de la circulation sanguine (varices, palpitations,...)		
du système génito-urinaire (affection gynécologique, albumine,...)		
des glandes endocrines (diabète, goitre,...)		
transmissible ou maladie infectieuse (méningite, scarlatine,...)		

Fait à, le

.....
Signature de l'étudiant(e)