

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX **MEDICAL INFORMATION SHEET**



Afin de respecter le secret médical, merci de placer les documents médicaux sous enveloppe cachetée à l'attention de l'infirmière de l'UTT en y mentionnant vos coordonnées.

Le certificat médical doit être rempli dans les trois mois avant votre arrivée à l'UTT, par un médecin.

N'hésitez pas à prendre contact avec le service de la santé (médecin ou infirmière) dès le début de l'année ou en cours d'année pour tout problème de santé qui pourrait avoir des répercussions sur votre scolarité.

Prenez votre carnet de santé, il vous sera demandé à votre visite médicale.

Visite médicale des étudiants mineurs : attention, suite à 2 convocations restées sans réponse de votre part, votre famille sera contactée par nos soins.

To ensure medical secrecy, please kindly place in a sealed envelope for the attention of the nurse of the UTT. Please write your contact details on the envelope.

The medical certificate must be completed by an examining physician within the three month before your arrival at the UTT.

Please do not hesitate to contact the health service (doctor or nurse) of the UTT either at the start of or during the Academic Year to let them know any health problem which might affect your studies.

Please kindly note that you must take your health record book when going to your UTT medical checkup as you will be requested to submit this document on this occasion.

Medical checkup for minor students : beware, we will contact your family in case of two unattended UTT medical checkups.

CERTIFICAT MEDICAL (A faire remplir par votre médecin)
CERTIFICATE OF HEALTH (to be completed by the physician)

A remplir en français ou en anglais

NOM : **Prénom :** **Sexe :** ☐ M ☐ F
Family name First name Sex

Date de naissance : **Groupe sanguin (si connu) :**
Date of birth (dd/mm/yyyy) Blood type (if known)

1 ► EXAMEN PHYSIQUE :
Physical Examination

- **Taille (Height) :** cms **Poids (weight) :** kgs
- **Tension artérielle (blood pressure) :** **Pouls (pulse) :**bpm ☐ régulier/regular
☐ irrégulier/irregular

- **Vision** **D** **G** **daltonisme** ☐ Oui / yes
Eyesight **R** **L** **R** **L** *color blindness* ☐ Non / no
Sans correction **avec correction**
Without glasses with glasses or lenses

- **Audio** ☐ normal **- Parole** ☐ normale
Hearing ☐ altéré (impaired) *Speech* ☐ altérée/impaired

2 ► ANTECEDENTS MEDICAUX : cocher si OUI ☐ et notez la date de guérison (jj/mm/aa)
Past history : please if yes ☐ , fill in the date of recovery (dd/mm/yy)

- **Tuberculose** ☐ **- Diabète** ☐ **- Psychoses** ☐
Tuberculosis Diabetes
- **Malaria** ☐ **- Asthme** ☐ **- allergie** ☐
Asthma Allergy
- **Epilepsie** ☐
Epilepsy
- **autre maladie chronique ou handicap** ☐ précisez
Other disease or handicap, precise please

3 ► TRAITEMENT MEDICAL HABITUEL ☐ Oui / Yes ☐ Non / No
Under medical treatment at present

4 ▶ STATUTS IMMUNITAIRES ET VACCINATIONS (jj/mm/aaaa)

Immunization records and vaccinations (dd/mm/yyyy)

A – **En France, trois vaccins sont obligatoires : Diphérie – Tétanos – Poliomyélite (DTP)**

In France, three vaccinees are mandatory: diphtéria – Tetanus – poliomyetitis

B – **sont extrêmement recommandés : coqueluche – rougeole – oreillons – rubéole**

Are extremely recommended : pertussis – Measles – mumps – rubella

a- Vaccination DTP (+/- autres) = Nom..... Date/...../.....
Vaccination D.T.P. (+/- others) : name.....Date/...../.....

(Fait dans les 10 dernières années et doit être valable le temps du cursus à l'UTT)

(Must have been done in the last 10 years and must still be valid through your time in UTT)

b- Autres vaccinations pratiquées dans la vie du patient

Others vaccinations received so far in the patient's life time

..... date/...../.....	 date/...../.....
..... date...../...../.....	 Date/...../.....
..... date...../...../.....	 Date/...../.....
..... date/...../.....	 Date/...../.....

MERCI DE JOINDRE, S'IL EXISTE, LES PHOTOCOPIES DU CARNET DE VACCINATION

If you have it, thank you for joining copies of your immunization records

C – **EXAMENS PAR RAPPORT A LA TUBERCULOSE** (cocher la ou les cases)

Tuberculosis screening (please check the right items, dd/mm/yy)

. A reçu vaccination par BCG ☐ Oui le/...../..... ☐ Non
Has been vaccinated with BCG ☐ Yes/...../..... ☐ No

. A déjà eu un test tuberculinique intradermo positif ☐ Oui ☐ Non
Has received a positive TB test ☐ Yes ☐ No

. A déjà été en contact avec quelqu'un souffrant de TB ☐ Oui ☐ Non
Has been in close contact with someone who was sick with TB ☐ Yes ☐ No

→ Si le patient est né ou qu'il a voyagé dans un pays où la tuberculose est fréquente, ou s'il a été répondu OUI à l'une des questions ci-dessus, nous recommandons qu'un test intradermique TB soit fait avant le départ ou à l'arrivée en France.

→ *If the patient is born or have travelled in a country where tuberculosis is prevalent, we recommend that he/she has a tuberculin skin test (TST) before leaving or when he/she arrives in France.*

Nom et signature du médecin,

Date :

Apposer le tampon professionnel pour valider ce formulaire

Healthcare provides signature/title

Office stamp must be used to validate this form

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX
MEDICAL INFORMATION SHEET



AUTORISATION POUR LES ETUDIANTS MINEURS

Je, soussigné(e)

Parent/tuteur légal de l'étudiant.....

qui est à ce jour mineur (n'a pas encore 18 ans) et dont la date de naissance est le :/...../.....
autorise le Pôle Santé ou l'administration de l'Université de Technologie de Troyes à prendre toutes
mesures utiles pour des soins médicaux de mon fils/ma fille, incluant (mais pas limité) à des examens
diagnostiques, une recherche de tuberculose, la vérification et/ou l'administration de vaccin et tout autre
traitement médical ou intervention chirurgicale d'urgence pouvant s'avérer nécessaire.

Je comprends qu'au jour de ses 18 ans, cette autorisation n'est plus nécessaire.

En signant, je reconnais avoir lu et compris ce consentement, et que toute question par rapport à cette
autorisation peut être posée avant la signature en contactant le service santé de l'UTT au
+33.351.59.12.90

Signature : Date :/...../.....

Personne à contacter en cas d'urgence :

Tél portable : tél. travail :

CONSENT FOR MEDICAL TREATMENT FOR MINOR

You can fill and sign above this document after you have read understand the translation below :

I am.....

Parent/legal guardian of.....

Currently minor (and is under the age of 18), whose date of birth is : / /
Authorize the Student Health Center of UTT to provide medical care to my son/daughter including but not
limited to diagnostic examinations, tuberculosis screening, verification and/or administration of vaccine
and any other treatment or surgical intervention that might be needing.

I understand that once my child reaches the age of 18, my consent for treatment is no longer required.

By signing, I acknowledge that i have read and understand this consent, and that any questions i have
prior to signing could be answered by calling the Student Health Center of the UTT at +33.351.59.12.90

Signature : date

Emergency contact : Cell : work :