

Formulaire Médical Medical information form

Le candidat est prié de remplir ce formulaire et de l'envoyer à l'UEA.
This form should be filled out completely by the applicant and sent to HAU.

Nom: _____ Prénoms: _____
Name Last/Surname First

Genre: _____ Masculin _____ Feminin
Gender Male Female

Date de Naissance _____ Adresse: _____
Birth date: Jour/Mois/Année Address
day/Month/Year

Nom d'une personne à contacter en cas d'urgence : _____
Name of the personne to contact in case of emergency

Relation: _____ Adresse _____
Relationship: Address:

Téléphone: _____ Télécopie _____ Adresse électronique (e-mail) _____
Telephone Fax

Assurance vie : _____
Health care coverage (Company)

Encercler la maladie que vous avez eue :
Circle any of the following that you have had:

Rougeole <i>Measles</i>	Coqueluche <i>Whooping Cough</i>	Hépatite : <i>Hepatitis:</i>	Malaria <i>Malaria</i>	Oreillons <i>Mumps</i>
Tuberculose <i>Tuberculosis</i>	Meningite <i>Meningitis</i>	Variole <i>Small pox</i>	Varicelle <i>Chicken pox</i>	Polio <i>Polio</i>
Maladies vénérienne (SIDA, Syphilis, etc.) <i>STD (Syphilis, Gonorrhea, AIDS)</i>	Asthme <i>Asthma</i>	Typhoïde <i>Typhoid</i>	Diphthérie <i>Diphtheria</i>	Epilepsie <i>Epilepsy</i>
Diabète <i>Diabetes</i>	Transfusions <i>Transfusion</i>	Hypertension <i>Hypertension</i>	Rhumatisme articulaire <i>Rheumatic fever</i>	Mononucleosis

(Année : _____)

Year :

Médicament utilisée régulièrement : _____
List any medication taken on a regular basis:

Etes-vous allergique à la nourriture ou au médicaments ? _____ OUI _____ Non Si oui, expliquez :
Do you have any food or drug allergies Yes No If yes, give details

Avez-vous jamais eu du désordre nerveux ?
Have you ever had nervous disorder

_____ OUI
Yes

_____ Non
No

Si oui donnez des détails : _____
If yes, give details

Immunisation : Ecrivez les dates quand l'immunisation a été faite :
Immunization: Give dates completed for:

Tétanos : _____
Tetanus:

Polio : _____
Polio

Typhoïde : _____
Typhoid

Hépatite : _____
Hepatitis:

Meningite _____
Meningitis

Autres : _____
Others:

Avez-vous utilisé l'alcool dans le passé ?
Have you used alcoholic beverages in the past?

_____ OUI
Yes

_____ Non
No

Si oui, expliquez : _____
If yes, give details

Etes-vous handicapé
Do you have any physical handicaps ?

_____ OUI
Yes

_____ Non
No

Si oui, expliquez : _____
If yes, give details

J'ai répondu à toutes les questions de ce formulaire honnêtement et complètement
I have honestly and completely answered the questions on this form.

Signature

Date

Envoyez ce formulaire à :
Please return to:

L'Université Espoir d'Afrique (Ngagara Campus Q2)

For more information visit:

Gasenyi Campus(Discovery School chez Johnson)

Mount Hope Compus at Gitega

The Van Norman Clinique

Kibuye Hope Hospital

Email : info@hopeafricauniversity.org

web Site: www.hopeafricauniversity.org

Phone: +257 22237973 / +257 79 987 324

Po.Box: 238 Bujumbura-Burundi