

**I. A REMPLIR ET A SIGNER PAR LE CANDIDAT AVANT LA VISITE MEDICALE /  
TO BE FILLED IN BY THE CANDIDATE BEFORE THE PHYSICAL EXAMINATION**

Nom / Name : \_\_\_\_\_ Prénom / First name : \_\_\_\_\_

Date de naissance / Date of birth : \_\_\_\_\_ Sexe / Sex : M  F

Adresse permanente / Permanent address : \_\_\_\_\_

Université / University : \_\_\_\_\_

**A.** Placer une croix devant le nom de la maladie ou l'affection dont vous avez éventuellement souffert /  
*Put a cross before the name of any of the following diseases or complaints you have suffered from:*

asthme / *asthma*  
malaria / *malaria*  
variole / *smallpox*  
diabète / *diabetes*

paralysie / *paralysis*  
tuberculose / *tuberculosis*  
arthrite / *arthritis*  
autres maladies ou handicaps (préciser) / *other diseases or handicaps*  
(please specify) : \_\_\_\_\_

En cas de réponse positive, indiquer / *If you have suffered from any of the above, please specify :*

1° Le nom exact de la maladie /  
*The exact name of the disease :*

2° Sa durée /  
*How long it lasted :*

3° Votre état présent /  
*Your current state of health :*

**B.** Avez-vous été en observation au cours **des cinq dernières années** pour maladie physique ou mentale ?  
*Have you been under close medical observation during the last five years because of a physical or mental disease?*

OUI, laquelle ? /  NON / NO   
*YES, if yes, for which disease ? \_\_\_\_\_*

**C.** Etes-vous **actuellement** en bonne condition physique et mentale /  
*Are you currently in good physical and mental condition ?* OUI / YES  NON / NO

Si non, veuillez fournir toute indication utile à ce sujet / *If no, please supply additional information:*

**D.** En cas d'accident ou de maladie grave, donnez le nom et l'adresse de la personne à prévenir rapidement / :  
*Please give the name, address and telephone number of the person to be contacted in the event of an accident or serious illness :*

.....  
.....

**Date :** \_\_\_\_\_ **Signature du candidat (obligatoire) :** \_\_\_\_\_

**II. A REMPLIR ET A SIGNER PAR LE MEDECIN /**  
**TO BE FILLED IN AND SIGNED BY THE MEDICAL PRACTITIONER**

Ce questionnaire a été rédigé après avis de l'Ordre national des médecins, en tenant compte des risques particuliers du séjour prolongé d'étudiants à l'étranger. / *This questionnaire was compiled using information provided by the French National Medical Association. It takes into account the specific nature of this programme of prolonged stay abroad for students.*

a. Indiquer la taille et le poids / *Give candidate's height and weight in centimetres and kilograms respectively :*

Taille / *height* : ..... cm

Poids / *weight* : ..... kg

b. Estimez-vous le candidat physiquement et mentalement capable de poursuivre un programme comportant un enseignement de plusieurs heures hebdomadaires avec des élèves de tous âges / *Do you consider the applicant to be physically and mentally able to teach children of various ages for approximately 12 hours per week ?*

OUI / YES

NON / NO

c. Le candidat présente-t-il des symptômes de maladie contagieuse, de surmenage ou d'infirmité physique / *Does the applicant show any symptoms of contagious disease, fatigue or physical disability ?*

NON / NO

OUI / YES

d. A votre avis, la santé et la condition physique du candidat sont / *In your opinion the applicant's health and physical condition are:*

Excellentes / *excellent*

Médiocres / *poor*

Bonnes / *good*

Mauvaises / *bad*

e. Y a-t-il une contre-indication physique ou mentale à un séjour prolongé (8 à 9 mois) à l'étranger / *Does the candidate suffer from any physical or mental complaint(s) that would adversely affect a prolonged (8-9 mths) stay abroad ?*

f. Le candidat, a-t-il une condition qui nécessiterait une installation spécifique (rampes pour chaise roulante etc) / *Does the candidate suffer from a condition that would require a specific installation (eg. wheelchair access) ?*

g. Observations :

**Nom et titre du médecin /**

***Name and title of the medical practitioner:*** .....

**Adresse (cachet) / *address (stamp) :***

**Date :**

**Signature :**