

Nom du patient _____
Name

Date de naissance _____
Date of birth

Merci de noter d'une croix les affections dont la personne en référence a été ou serait atteinte :

Tick the appropriate box if the above-mentioned person suffers from or has ever had:

- | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Tuberculose / <i>Tuberculosis</i> | <input type="checkbox"/> | Migraines/ <i>Headaches</i> | <input type="checkbox"/> |
| Diabète / <i>Diabete</i> | <input type="checkbox"/> | Asthme / <i>Asthma</i> | <input type="checkbox"/> |
| Rhumatisme / <i>Rheumatic fever</i> | <input type="checkbox"/> | Hépatite / <i>Hepatitis</i> | <input type="checkbox"/> |
| Dépression / <i>Depression</i> | <input type="checkbox"/> | Anorexie/ <i>Anorexia</i> | <input type="checkbox"/> |
| Boulimie / <i>Bullmia</i> | <input type="checkbox"/> | | |

Si vous avez répondu oui à l'une des affections précédentes, pouvez-vous préciser svp :

If you have answered yes to any of the above, please give details including dates if applicable

La personne en référence souffre-t-elle d'allergies ? / Does the above mentioned person suffer from any allergies ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Peniciline / <i>Penicilin</i> | <input type="checkbox"/> Rhume des foins/ <i>Hay fever</i> |
| <input type="checkbox"/> Autres médicaments/ <i>Other drugs</i> | <input type="checkbox"/> Animaux/ <i>Animals</i> |
| <input type="checkbox"/> Aliments/ <i>Food additives</i> | <input type="checkbox"/> Piqûres d'insectes/ <i>Insect stings</i> |
| <input type="checkbox"/> Autres / <i>Others</i> | |

Si vous avez répondu Oui à l'une des affections précédentes, pouvez-vous préciser svp :

If you have answered yes to any of the above, please give details including dates if applicable

Les activités physiques sont-elles limitées ? Oui/yes Non / No

Is her/his physical activities restricted in any way?

La personne en référence prend-elle des médicaments en ce moment ? Oui / Yes Non / No

Is the above-mentioned person currently taking medications? Nimmt die o.g. Person im Moment Medikamente ?

La personne en référence souffre-t-elle de maladies chroniques ? Oui/ Yes Non / No

Does the above mentioned person have any chronic or recurring illness/ Hat die o.g. person chronische Krankheit ?

Si vous avez répondu oui à l'une des affections précédentes, pouvez-vous préciser svp :

If you have answered yes to any of the above, please give details including dates if applicable

Merci de noter d'une croix l'état médical général du le/de la candidat.e

Please review the information provided overleaf, and give your opinion of the applicant's general state of health

- Très bon/Excellent Bon/Good Satisfaisant/Fair Mauvais/Poor

Nom et adresse du médecin / Doctor's name & address :

- En Cochant cette case vous acceptez que nous utilisions vos coordonnées pour vérifier cette référence *

*By ticking this box, you give your autorisation to be contacted in order to check this reference **

Date _____

Signature :

Si vous désirez nous faire parvenir une référence confidentielle, merci de la retourner à l'adresse ci-dessous :

Should you wish to submit a reference confidentially, it should be sent to: contact@solution-education-travel.com / +33 6 79 11 07 47

* Nous respectons la loi des libertés individuelles. Pour exercer votre droit d'accès, rectification ou opposition aux informations qui vous concernent, il vous suffit d'en faire explicitement la demande à contact@solution-education-travel.com. Pour plus d'information sur le traitement de vos données par notre agence, veuillez consulter [la page respective sur notre site internet](#)