

N° d'ordre : _____
CNI : _____
Filière : _____
Génie : _____

FICHE MEDICALE

I. Informations générales

- Nom et prénom :
- Date de naissance :
- Âge :
- Sexe : ☐ M ☐ F
- Poids :Taille :Groupe sanguin :
- Couverture médicale : ☐ OUI ☐ NON
 - Si « OUI », quelle mutuelle:
- Adresse :
- Téléphone :
- Personne à contacter en cas d'urgence :
 - Nom et prénom :
 - Lien :
 - Téléphone :

II. Antécédents médicaux personnels :

- Allergies :
 - Respiratoire : ☐ OUI ☐ NON
 - Cutanée : ☐ OUI ☐ NON
 - Alimentaire : ☐ OUI ☐ NON
 - Médicamenteuse : ☐ OUI ☐ NON
 - Autre produit : ☐ OUI ☐ NON
- Si « OUI », précisez:
- Asthme : ☐ OUI ☐ NON
- Maladie cardiaque : ☐ OUI ☐ NON
- Hypertension artérielle : ☐ OUI ☐ NON
- Épilepsie/ convulsions : ☐ OUI ☐ NON
- Maladie infectieuse (tuberculose, hépatite...) : ☐ OUI ☐ NON
- Eczéma : ☐ OUI ☐ NON
- Urticaire : ☐ OUI ☐ NON
- Diabète : ☐ OUI ☐ NON
- Drépanocytaire : ☐ OUI ☐ NON
- Hémophile : ☐ OUI ☐ NON

- Maladie ostéo-articulaire (épaules, genoux, chevilles etc.) ☐ OUI ☐ NON
- Entorse: ☐ OUI ☐ NON
- Luxation : ☐ OUI ☐ NON
- Fracture : ☐ OUI ☐ NON
- Déchirure musculaire / ligamentaire : ☐ OUI ☐ NON
- Tendinite chronique : ☐ OUI ☐ NON
- Douleurs articulaires récurrentes : ☐ OUI ☐ NON
- Traumatisme crânien : ☐ OUI ☐ NON
- Lombalgie chronique : ☐ OUI ☐ NON
- Hernie discale : ☐ OUI ☐ NON
- Scoliose : ☐ OUI ☐ NON
- Autres (précisez) :
- Si « OUI », détaillez (siège de la blessure, date, type de traitement, évolution) :
- Fonctions sensorielles :
 - Vision : ☐ OUI ☐ NON
 - Lunettes : ☐ OUI ☐ NON
 - Lentilles : ☐ OUI ☐ NON
 - Audition : ☐ OUI ☐ NON
 - Appareillée : ☐ OUI ☐ NON
 - Régime alimentaire : ☐ OUI ☐ NON
 - Si « OUI », lequel ?
 - Pourquoi ?
- Prescrit par un médecin ? ☐ OUI ☐ NON
- Autres maladies non mentionnées ci-dessus : ☐ OUI ☐ NON
- Si « OUI », précisez :
- Toutes pathologies ou maladies, accidents qui vous semblent importantes à nous communiquer :

III. Antécédents chirurgicaux

- Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale : ☐ OUI ☐ NON
- Si « OUI », → précisez:
 - Intervention /blessure :
 - Date :
 - Séquelles éventuelles :

IV. Hospitalisations antérieures

- ☐ Non
- ☐ Oui → précisez:

V. Traitements en cours

- ☐ Aucun
- ☐ Oui →
 - Médicament(s) :
 - Motif :

VI. Antécédents familiaux

Père	Mère	Frères et sœurs
• Vivant et âgé de..... • Décédé à l'âge de..... • Problèmes de santé OUI ☐ NON ☐ Si « OUI » :	• Vivante et âgée de..... • Décédée à l'âge de..... • Problèmes de santé OUI ☐ NON ☐ Si « OUI » :	• Nombre..... • Problèmes de santé OUI ☐ NON ☐ Si « OUI » :

VII. Antécédents psychiatriques :

Avez-vous déjà présenté ou été suivi pour :

- Dépression : ☐ OUI ☐ NON
- Troubles anxieux importants : ☐ OUI ☐ NON
- Trouble du comportement : ☐ OUI ☐ NON
- Trouble bipolaire : ☐ OUI ☐ NON
- Schizophrénie ou trouble psychotique : ☐ OUI ☐ NON
- Suivi psychologique / psychiatrique : ☐ OUI ☐ NON
- Tentative de suicide : ☐ OUI ☐ NON
 - Si « OUI », précisez (dates, durée, traitement, évolution) :
- Situation actuelle :
 - Aucun suivi : ☐ OUI ☐ NON
 - Suivi en cours → précisez :
- Autres maladies non mentionnées ci-dessus : ☐ OUI ☐ NON
 - Si « OUI », précisez :

VIII. Aptitude physique perçue :

- Pratique sportive régulière : ☐ Oui ☐ Non
- Type de sport :
- Difficultés à l'effort (essoufflement, douleur, malaise) : ☐ Non ☐ Oui

NB : Toute maladie ou suivi doit être justifié par dossier médicale (certificats, ordonnance, radio, etc...)

Déclaration sur l'honneur

Je soussigné(e), **M./Mlle**, candidat(e) à l'**Ecole Mohammadia d'Ingénieurs**, titulaire de la CNIE N°, déclare sur l'honneur que les informations et renseignements que j'ai fournis concernant ma situation de santé physique et psychologique sont **sincères, exacts, complets et conformes à la réalité**.

Je certifie également **ne consommer aucune drogue, substance stupéfiante ou toute autre matière illicite**, et ne faire l'objet **d'aucune dépendance** susceptible d'affecter mon aptitude au service.

Je reconnais avoir été informé(e) que toute omission, dissimulation ou fausse déclaration relative à mon état de santé ou à la consommation de substances interdites constitue une faute grave. En conséquence, toute information inexacte ou mensongère découverte avant ou après mon admission pourra entraîner, sans préjudice des autres mesures prévues par la réglementation en vigueur, **mon exclusion de la formation ainsi que ma radiation des rangs des officiers de réserve**.

Fait à, le / /

Signature du candidat