

ישיבת בני עקיבא "בית יהודה" בכפר

Lycée Français Beit Yehouda Kfar Maimon

Kfar Maimon ISRAEL 85 153 כפר מימון ד.ג.שדות נגב Tel: 08-99 44 001 Fax: 08-99 44 287

E-mail: lyckfarmaim@gmail.com Site: www.kfar-maimon.com

Etablissement homologué par le Ministère français de l'Education nationale

בס"ד

Correspondante en France:
Mme Evelyne GUEZ BENISTY
06 99 63 52 52

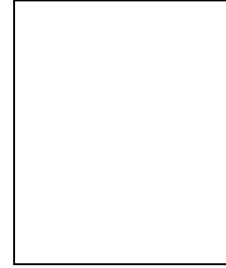


Photo du candidat

FICHE MEDICALE CONFIDENTIELLE
(à remplir par le Médecin)

Nom: _____

Prénom: _____

Date et lieu de naissance: _____

Prénom du père: _____

ANTECEDENTS MEDICAUX FAMILIAUX:

Maladies familiales connues:

Etat de santé du père _____

Etat de santé de la mère _____

Etat de santé des frères et soeurs _____

ANTECEDENTS MEDICAUX PERSONNELS:

Hospitalisation pour raisons médicales OUI/NON

Si OUI dates et raisons _____

A-t-il existé dans le passé des perturbations alimentaires? OUI /NON

Ces perturbations ont-elles nécessité une prise en charge thérapeutique? OUI/NON

Le poids du candidat a-t-il été sujet à des variations notoires durant ces 6 derniers mois? OUI/NON

Accident OUI/NON

Si oui, dates et détails _____

TRAITEMENT MEDICAL ACTUELLEMENT SUIVI

et/ou ANTECEDENTS DE TRAITEMENT OUI/NON

LONG/COURT

Si OUI, nature de ce traitement et raisons _____

EXAMEN MEDICAL

	Examen normal	Examen anormal
Peau		
Yeux		
O.R.L.		
Ganglions système lymphatique		
Cœur		
Tension artérielle		
Poumons		
Abdomen		
Organes génitaux		
Système locomoteur		
Système nerveux		
Statique		
Squelette		

COMPLEMENTS D'OBSERVATION, A LA DISCRETION DU MEDECIN:

Le sujet est-il: maigre – normal – obèse (rayer la mention inutile)

Restrictions pour raisons médicales aux activités physiques et/ ou sportives:

OUI / NON

Si oui, donnez des raisons:

Nom du médecin examinant: _____

Fait à _____ Le _____

Signature et cachet du médecin