

## FICHE MEDICALE (à remplir par le candidat) Medical information sheet (to be completed by the candidate)

ورقة المعلومات الطبية

Nom / Last name / اللقب : .....

Prénom / First Name / الاسم : .....

Date de naissance / Date of birth / تاريخ الميلاد : ...../...../.....

N° sécurité sociale / : .....

Social security number /

رقم الضمان الاجتماعي

Groupe sanguin / Blood group / فصيلة الدم : .....

---

### Antécédents médicaux / Medical background / التاريخ الطبي:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### Parcours de soins addictologiques / Addiction treatments / مسار رعاية الإدمان :

.....  
.....  
.....

### Vaccinations à jour / Vaccinations up to date / التطعيمات محدثة :

Oui / Yes / نعم  Non / No / لا

### Remarque(s) / Comment(s) / ملاحظات :

.....  
.....  
.....

### Vaccinations covid19 / Covid-19 Vaccinations / التطعيمات كوفيد 19 :

Oui / Yes / نعم  Non / No / لا

**Date(s) / تواريخ:**

.....  
.....

**Maladie(s) diverse(s) / Different Diseases / أمراض شتى :**

- Diabète / Diabetes / سكري : Oui / Yes / نعم  Non / No / لا
- Asthme / Asthma / ربو : Oui / Yes / نعم  Non / No / لا
- Hypertension / إعانة من ارتفاع ضغط الدم : Oui / Yes / نعم  Non / No / لا
- Tachycardie / Tachycardia / إعانة من تسارع دقات القلب :  
Oui / Yes / نعم  Non / No / لا

**Autre(s) maladie(s) / Other Diseases / أمراض أخرى :**

.....  
.....  
.....

**Traitement médicamenteux permanent / Permanent Drug Treatment / العلاج الدائم :**

.....  
.....  
.....

**Allergie(s) diverse(s) / Various allergies / الحساسية المختلفة :**

.....  
.....  
.....

**Psychiatrie / Psychiatry / الطب النفسي :**

- Hospitalisation antérieure / Prior hospitalization / دخول المستشفى السابق :

Oui / Yes / نعم  Non / No / لا

Si oui, précisez (le nombre, la date, le lieu, la durée, le motif...) /

If yes, specify (number, date, place, duration, reason...) /

: إذا كانت الإجابة بنعم ، فحدد (العدد ، التاريخ ، المكان ، المدة ، السبب ، إلخ).

.....  
.....  
.....  
.....

- Suivi en cours / Ongoing monitoring / المراقبة المستمرة :

Oui / Yes / نعم  Non / No / لا 

- **Pathologie avérée / Proven Pathology / علم الأمراض المثبت :**

Oui / Yes / نعم  Non / No / لا 

Laquelle / Specify / حدد :

.....

.....

.....

.....

**Informations médecin traitant / Information about your attending physician /**  
معلومات عن الطبيب الخاص:

**Nom Prénom / Last name First Name / الاسم واللقب :** .....

**Adresse / Address / عنوان :** .....

**Téléphone / Phone / رقم الهاتف :** .....

**Courriel / Email / البريد الإلكتروني :** .....

**J'atteste sur l'honneur que les informations portées sur ce document sont exacts. /**  
**I hereby certify that the information provided in this document is accurate. /**  
أقر بأن المعلومات الواردة في هذه الوثيقة صحيحة.

**Signature / التوقيع :**

**Remarque :** Toutes les informations de ce document resteront strictement confidentielles.

**Note:** All information in this document will be kept strictly confidential.

**ملاحظة:** سيتم الاحتفاظ بجميع المعلومات الواردة في هذا المستند بسرية تامة.