



IMMERSION EN FRANÇAIS / FRENCH IMMERSION / INMERSIÓN EN FRANCÉS

Été 2008 / Summer 2008 / Verano 2008

FICHE MÉDICALE / MEDICAL FILE / FICHA MÉDICA

Your picture

Please print  
your name on  
the back of the  
picture

Veuillez retourner ce document le plus tôt possible à / Please send that form as soon as possible to / Favor de devolver lo antes posible al : Campus Notre-Dame-de-Foy / École de langues

1. Identification / Identificación

\_\_\_\_\_ Date de naissance / Birth Date / Fecha de nacimiento  
Nom de famille / Family name / Apellido \_\_\_\_\_  
j/d/d m/m/m a/y/a

\_\_\_\_\_ Prénom / First name / Nombre

Sexe / Sex / Sexo  F  M

Adresse permanente / Permanent address / Dirección permanente

\_\_\_\_\_ No. / N / Nú Rue / Street / Calle App. / Apt. / Apart.

\_\_\_\_\_ Ville / City / Ciudad Prov. / State / Estado Pays / Country / País CP / PC / CP

Tél. / Tel. (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
À la maison / Home / Casa

Courriel / E-mail / Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nom et prénom du père / Father's last and first name  
Apellido y nombre del padre

Tél. / Tel. (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
À la maison / Home / Casa

Tél. / Tel. (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Au travail / Business / Oficina

Fax (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Courriel / E-mail \_\_\_\_\_ Courriel / E-mail \_\_\_\_\_

Nom et prénom de la mère / Mother's last and first name  
Apellido y nombre de la madre

Tél. / Tel. (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
À la maison / Home / Casa

Tél. / Tel. (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Au travail / Business / Oficina

Fax (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

2. Contact en cas d'urgence / Contact in case of emergency / Contacto en caso de emergencia

\_\_\_\_\_ Nom de famille / Last name / Apellido

\_\_\_\_\_ Prénom / First name / Nombre

\_\_\_\_\_ Lien de parenté / Relationship / parentesco

\_\_\_\_\_ Courriel / E-mail / Correo electrónico:

Tél. / Tel. (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
À la maison / Home / Casa

Tél. / Tel. (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Au travail / Business / Oficina

\_\_\_\_\_ Compagnie d'assurance médicale  
Health Insurance Company / Compañía de seguro médico

Tél. / Tel. (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Assistance / Assistance line / Pedir asistencia

\_\_\_\_\_ No. de la police d'assurance / Insurance number / No. del seguro

\_\_\_\_\_ # Ass. maladie provinciale / Provincial health card number

**3. Maladie antérieurs / Previous illness / Enfermedades anteriores**  
**Indiquer la date approximative / Give approximate dates / Dé las fechas aproximadas**

	Oui	Date	Non
Rougeole / Measles / Sarampi	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Diphthérie / Diphtheria / Difteria	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Fracture / Fracture / Fractura	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Amygdalite / Tonsillitis / Amigdalitis	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Oreillons / Mumps / Paperas	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Coqueluche / Whooping-cough / Tosferina	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Scarlatine / Scarlet fever / Escarlatina	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Otites / Otitis / Otitis	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Bronchite / Bronchitis / Bronquitis	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Dermatite / Dermatitis / Dermatitis	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Varicelle / Chickenpox / Varicela	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Autre / Other / Otra :		_____	

Date du dernier vaccin antitétanique / Date of last vaccine received against tetanus / Fecha de la última vacuna recibida contra el tétanos:

\_\_\_\_\_

**4. Souffrez-vous de? / Do you suffer of? / Padece Ud. De?**

	Oui	Détails / Notas	Non
Asthme / Asthma / Asma	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Trouble digestifs / Digestion trouble / Problemas digestivos	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Diabète / Diabetes / Diabetes	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Maux de têtes / Headaches / Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Épilepsie / Epilepsy / Epilepsia	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Trouble de la vue / Vision trouble / Afecciones de la vista	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Problèmes cardiaques / Heart trouble / Afecciones cardiacas	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Problèmes de peau / Skin disease / Afecciones de la piel	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Problèmes respiratoires / Breathing trouble / Problemas respiratorios	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Handicap physique / Physical handicap	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>

Autre / Other / Otra : \_\_\_\_\_

Si vous prenez des médicaments / If you take medication / Si Ud. toma alguna medicina  
 Nom du médicament / name of medication / nombre de la medicina

\_\_\_\_\_

**5. Besoins particuliers / Special needs / Necesidades particulares**

Régime alimentaire / Diet / Régimen alimenticio: \_\_\_\_\_

Allergies / Alergias: \_\_\_\_\_

Autres / Other / Otras: \_\_\_\_\_

**6. Signatures / Firmas**

\_\_\_\_\_  
 Signature de l'élève / Signature of Student / Firma del estudiante

\_\_\_\_\_  
 Date / Fecha

\_\_\_\_\_  
 If under 18 years of age, signature of a parent or guardian

\_\_\_\_\_  
 Date / Fecha

**Autorisation by Parent or Guardian for Hospitalization**

In case of emergency, if I am not able to be present, I authorize the doctor chosen by the director of the program or by his/her representative to hospitalize my child; to ensure my child receive adequate medical care; and, as needed, prescribe medications, administer injections and anesthesia, and undertake surgical intervention.

\_\_\_\_\_  
 Signature of a parent or guardian

\_\_\_\_\_  
 Date