|  |  |
| --- | --- |
| isi2 | **Déclaration de santé** |
|  |
| **ISI Japanese Language School Education Center***9F Sunshine 60 Bldg. 3-1-1 Higashi Ikebukuro, Toshima-ku, Tokyo, 170-6009　Japan**TEL : +81-3-5960-1335 　FAX : +81-3-5960-1336 E-mail:info@isi-global.com URL: www.isi-education.com* |

Merci de nous prévenir de vos problèmes de santé. Il est important que le personnel de l’école soit au courant de votre état de santé. Veuillez remplir le formulaire suivant en détails et prendre note que l’école ne peut ni donner de conseils médicaux ni dispenser de médicaments. Tout renseignement transmis sera traité de façon confidentielle.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Comment est votre état de santé actuel ? 　Veuillez choisir parmi les options suivantes.
 | [ ]  Très bon [ ]  Normal [ ]  Pas bon　 　　[ ]  Mauvais |
| 1. Suivez-vous actuellement un traitement pour des problèmes de sante ?
 | [ ]  Non[ ]  Oui  | Depuis　　　　　　Année 　　　　Mois　　　Maladie（　　　　　　　　　　　 　　　　　　 　） |
| 1. Prenez-vous des médicaments ? Vous a-t-on prescrit des médicaments au cours de la dernière année ?
 | [ ]  Non[ ]  Oui | Date de prescription　　　 　　　Année　　　 　Mois　　Produit :　 Tranquillisant　・　Antiépileptiques・Médicaments contre l’asthme　Autres (　　 　 　　　 　） |
| 1. Avez-vous été hospitalisé ou avez-vous reçu une intervention chirurgicale au cours des 5 dernières années ?
 | [ ]  Non[ ]  Oui | Temps passé à l’hôpital　　　　　 Ans　　 Mois　　Raison (　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　 　　） |
| 1. Avez-vous des antécédents des maladies suivantes ou d’autres maladies chroniques ?

Le cas échéant, veuillez remplir les informations suivantes en détails. |
| 1. Tuberculose
 | [ ]  Non[ ]  Oui | Premiers symptômes　 Année Mois | État actuel[ ] 　Rétablissement complet　[ ] 　Prise de médicaments |
| 1. Troubles mentaux
 | [ ]  Non[ ]  Oui | Premiers symptômes　 Année Mois | [ ]  Dépression [ ]  Anxiété [ ]  Crise de panique [ ]  Trouble du déficit de l’attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)[ ]  Autres ( ) |
| 1. Allergies

(Y compris l’asthme) | [ ]  Non[ ]  Oui | Premiers symptômes　 Année Mois | [ ]  Aliments [ ]  Médicaments [ ]  Produits chimiques[ ]  Autres（　　　　　　　　　　 　　　　 ） |
| 1. Paludisme, ou autres maladies infectieuses
 | [ ]  Non[ ]  Oui | Premiers symptômes　 Année Mois | Nom de la maladie： |
| 1. Diabète
 | [ ]  Non[ ]  Oui | Premiers symptômes　 Année Mois |  |
| 1. Autres
 | [ ]  Non[ ]  Oui | Premiers symptômes　 Année Mois | État actuel[ ] 　Rétablissement complet　　　[ ] 　Prise de medicaments |
| 1. Contre quoi avez-vous été vacciné ?
 | [ ]  BCG [ ]  M.M.R. [ ]  Polio [ ]  Rougeole [ ]  Rubéole [ ]  Diphtérie　　[ ]  Tétanos [ ]  Méningite　 [ ]  Autre（　　　 　　　　　　 ） |
| 1. Avez-vous des besoins alimentaires particuliers ?
 | [ ]  Non [ ]  Oui | Depuis　　　　　Année　　　　MoisRaison : (　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| 1. Merci d’écrire toute autre information que l’école devrait connaître avant de votre arrivée.
 |

Je déclare par la présente que j’ai pris connaissance des informations ci-dessus, d’avoir lu les politiques de remboursement et d’annulation, et que les informations fournies sont vraies et correctes.

**Signature du demandeur :　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　 Date : 　　　　　 　 /Année 　　/Mois 　 　/Jour**