|  |  |
| --- | --- |
| 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　　　　Mois  Raison : (　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| 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**