MEDICAL FORM

Version 18 juin 2020

It is mandatory to fill in this medical form (English OR French version) for your admission to the Université Catholique de Lille.

Kindly note that this medical check will not affect your admission to the University, it is for public health purposes only.

Please have this document filled in and signed by your doctor and:
- Either send it to cpsu@all-lacatho.fr (you will receive an notification of reception by email)
- Or give it on arrival at our University Health Centre, CPSU 67 boulevard Vauban 59000 Lille

This document will only be consulted by the University doctor.

If you do not show this document on arrival, you will have to book an appointment for a health check at your own expense. This mandatory health check will cost you around 25€. Also if need be, you might have to have further examinations with additional non-reimbursed expenses.

If you have a disability that requires special assistance or if you have specific learning arrangements at your home university, please contact our University Doctor directly.

***Name**:* ***First name**:*
***Date of birth**:* ***Email**:*
Are you coming as an Exchange student? ☐ *Yes* ☐ *No*
***Home country**:*
***Host school/faculty at Université Catholique de Lille (please circle the correct one)**:*

FGES	*FD*	*FLSH*	*FMM*	*FT*	*ESPOL*	*EDHEC*	*IESEG*	*HEI*	*ISA*	*ISEN*	*ICAM*	*ISTC*	*ESTICE*	*Other ( )*

I, the undersigned Dr…… certifies that Ms/Mr……. does not carry any contagious disease* (with the exception of COVID-19) and that she/he has no health problems that prevents her/him to study at the Université Catholique de Lille. I can confirm that she/he has made the following 3 vaccines (mandatory for studying in France):

Vaccine against	Date of vaccine	Name of vaccine	Date of last booster
Diphteria, tetanus, polio, whooping cough (pertussis)			
Measles,Mumps,Rubella			
BCG (mandatory for students from Asia, Africa, South and Central America and Eastern Europe)			If you did not have the vaccine, please provide a Tuberculin test.

Please also fill in this table about other diseases (vaccines not mandatory):

	Date of vaccine if done :	Name of vaccine (if applicable)	
Meningitis			
Flu			
Hepatitus B			
Chickenpox	*Has she/he already have chickenpox or done the vaccine? ☐ yes ☐ no*		

Place: *Date:*

Signature and stamp:

** A disease that can spread quickly to others and may have life threatening consequences (eg meningitis, tuberculosis…)*

FORMULAIRE MEDICAL

Mise à jour du 18 juin 2020

Ce formulaire est un document obligatoire pour votre admission à l'Université Catholique de Lille (à remplir en anglais ou en français).

Veuillez noter que ce formulaire médical n'affectera pas votre admission à l'Université, il sera uniquement utilisé à des fins de santé publique.

Veuillez faire compléter et signer ce document par votre médecin et :
- Soit l'envoyer à cpsu@all-lacatho.fr (vous recevrez une confirmation par email)
- Soit le déposer à votre arrivée, auprès du CPSU 67 boulevard Vauban 59000 Lille

Ce document ne sera consulté que par le médecin universitaire.

Si vous ne présentez pas ce document à votre arrivée, vous devrez passer une visite médicale dans les jours suivant votre arrivée. Cette visite médicale obligatoire vous coûtera environ 25€. Vous pourriez également avoir à faire d'autres examens qui pourront entraîner des frais supplémentaires non remboursés.

Si vous êtes porteur d'un handicap qui nécessite une aide particulière ou si vous avez des aménagements pour vos études dans votre université d'origine, veuillez contacter directement notre centre de santé universitaire.

Nom : ***Prénom :***

Date de naissance : ***Email :***

Etes-vous un étudiant en échange : ☐ Oui ☐ Non

Pays d'origine :

Entourez ci-dessous votre faculté/école d'accueil à l'Université Catholique de Lille :

FGES	*FD*	*FLSH*	*FMM*	*FT*	*ESPOL*	*EDHEC*	*IESEG*	*HEI*	*ISA*	*ISEN*	*ICAM*	*ISTC*	*ESTICE*	*Autre ( )*

Je soussigné(e) Dr……certifie que Mme/Mr……. n'est pas porteur(se) de maladie contagieuse* (hors COVID-19) et que son état de santé ne révèle pas de contre-indication à la poursuite d'études à l'Université Catholique de Lille.
Je confirme qu'il/elle a réalisé les 3 vaccins suivants (obligatoires pour étudier en France).

Vaccin contre	Date du vaccin	Nom du vaccin	Date du dernier rappel
Diphtérie, Tétanos, Polio, Coqueluche			
Rougeole, Oreillons, Rubeole			
BCG (obligatoire pour les étudiants venant d'Asie, Afrique, Amérique du Sud et Europe de l'Est)			Si vous n'avez pas fait le vaccin, merci de fournir un test tuberculinique.

Merci de remplir également ce tableau (vaccins non obligatoires) :

	Date du vaccin s'il a été fait	Nom du vaccin (le cas échéant)	
Méningite			
Grippe			
Hépatite B			
Varicelle	*A-t-elle/il déjà eu la varicelle ou fait le vaccin ?*	☐ *oui*	☐ *non*

Fait à : *Le :*

Signature et cachet :

** « maladie contagieuse » = maladie qui se propage rapidement et peut avoir des conséquences mortelles (méningite, tuberculose…)*