

# Centre international d'études pédagogiques

## Bureau des assistants

1, avenue Léon Journault - 92318 Sèvres Cedex  
Site : <http://www.ciep.fr>  
Mél : [assistant@ciep.fr](mailto:assistant@ciep.fr)

## CERTIFICAT MEDICAL

**A joindre obligatoirement à toute demande de séjour prolongé à l'étranger comme assistant de langues vivantes.**

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe : M  F

Adresse permanente : .....

Université fréquentée : .....

### **I. A REMPLIR ET A SIGNER PAR LE CANDIDAT AVANT LA VISITE MEDICALE**

A. Placer une croix devant le nom de la maladie ou l'affection dont vous avez éventuellement souffert.

Hernie	Paralysie	Maladies des oreilles
Sinusite	Pneumonie	Rhumes fréquents
Rhume des foies	Appendicite	Amygdalite
Asthme	Tuberculose	Vésicule biliaire
Malaria ou fièvre du même type	Arthrite	Tension (hypo, hyper)
Maladies stomacales	Sciatique	Maladies cardiaques
Maladies intestinales	Rhumatismes	Maladies des reins ou de l'appareil génito-urinaire
Variole	Maladies de la peau	Autres maladies ou handicaps (préciser) :
Diabète	Rhumatisme articulaire aigu	
Typhoïde	Maladies des yeux	

En cas de réponse positive, indiquer :

1° Le nom exact de la maladie : .....

2° Sa durée : .....

3° Votre état présent : .....

B. Avez-vous été en observation **au cours des cinq dernières années** pour maladie physique ou mentale ?

OUI, laquelle ? ..... NON

C. Etes-vous **actuellement** en bonne condition physique et mentale ? OUI  NON

Si non, veuillez fournir toute indication utile à ce sujet :

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

D. En cas d'accident ou de maladie grave, donnez le nom et l'adresse de la personne à prévenir rapidement :

Adresse : .....

..... Tél : .....

Date :  
.....

Signature du candidat (obligatoire) :

T.S.V.P.

## II. A REMPLIR ET A SIGNER PAR LE MEDECIN

*Ce questionnaire a été rédigé après avis de l'Ordre national des médecins, en tenant compte des risques particuliers du séjour **prolongé** d'étudiants à l'étranger.*

a. Indiquer la taille et le poids :

Taille : ..... cm

Poids : ..... kg

b. Description complète de l'état des poumons :

.....

c. Estimez-vous le candidat **physiquement et mentalement** capable de poursuivre un programme comportant un enseignement de plusieurs heures hebdomadaires avec des élèves de tous âges ?

OUI

NON

d. Le candidat présente-t-il des **symptômes** de maladie contagieuse, de surmenage ou d'infirmité physique ?

OUI

NON

e. A votre avis, la **santé et la condition physique** du candidat sont :

Excellentes

Médiocres

Bonnes

Mauvaises

f. Y a-t-il une **contre-indication** physique ou mentale à un séjour **prolongé** à l'étranger ?

.....

.....

g. Observations :

.....

.....

.....

NOM ET TITRE DU MEDECIN :

Date : .....

Adresse (cachet) :

Signature :

*Le candidat devra s'informer auprès des consulats respectifs des vaccins exigés au moment de son départ et présenter les certificats requis.*