

## CERTIFICATE OF HEALTH / CERTIFICAT MÉDICAL

(Please print / Merci de remplir en caractères d'imprimerie)

Dear physician or licensed medical practitioner,

This student is applying to become an exchange student for an academic year or semester abroad. Please fully complete this form indicating any illness or current/potential health problem(s) that we should be aware of in considering this student for participation in a term abroad as an international student.

*Cher Docteur, cet étudiant fait le nécessaire pour devenir un(e) étudiant(e) d'échange pour un semestre ou une année scolaire à l'étranger. Merci de compléter dans son intégralité ce questionnaire, en indiquant toutes les maladies ou problème(s) de santé réel(s) ou potentiel(s), dont nous nous devons avoir conscience en envisageant la participation de cet(te) étudiant(e) à une session d'étude à l'étranger en tant qu'étudiant(e) d'échange international.*

Name:

Nom \_\_\_\_\_ Family Name / Nom de famille \_\_\_\_\_ First Name / Prénom \_\_\_\_\_

Address:

Adresse \_\_\_\_\_ Street / Rue \_\_\_\_\_ City & Zip Code \_\_\_\_\_ Country \_\_\_\_\_

Date of birth:

Date de naissance \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Day / Jour \_\_\_\_\_ Month / Mois \_\_\_\_\_ Year / Année \_\_\_\_\_

Host Country:

Pays d'accueil \_\_\_\_\_

Has the participant had the following illnesses/conditions:

*Le participant a-t-il eu les maladies suivantes :*

YES NO  
OUI NON

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergies (if YES, complete below) / Allergies (si OUI, complétez ci-dessous)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Appendicitis / Appendicite
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Has appendix been removed? / Opération de l'appendicite ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma / Asthme
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chicken Pox / Varicelle : If YES date of illness : _____ / _____ / _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes / Diabète
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Drug or alcohol Abuse / Abus de drogue(s) ou d'alcool
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enuresis / Enurésie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsy / Epilepsie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis / Hépatite
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hernia / Hernie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Operated on for Hernia ? / Opération d'une hernie ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Successfully ? / Réussite de l'opération ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Malaria / Malaria
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Measles - Rubeola / Rougeole
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mumps / Oreillons

YES NO  
OUI NON

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parasites / Parasites
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pneumonia / Pneumonie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Polio / Polio
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheumatic Fever / Rhumatisme articulaire
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rubella / Rubéole
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Scarlet Fever / Scarlatine
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Serious or Persistent Cough / Toux sérieuse ou persistante
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Serious or Persistent Headache / Maux de tête sérieux ou persistants
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Small Pox / Variole
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis / Tuberculose
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thyphoid / Typhoïd
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vertigo, Dizziness / Vertige, étourdissements
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	COVID-19 (Explain below) / COCOVID-19 (explications ci-dessous)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Significant Others Contagious Diseases (not mentioned above) / Autres maladies contagieuses sérieuses (non mentionnées ci-dessus)

Any Disease impairment, Abnormality :

*Maladies, dysfonctionnements, anomalies*

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blood or Endocrine system / Sang ou système endocrinien
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bones, Joints, Locomotor System / Os, Articulations, Système locomoteur
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brain or Nervous System / Cerveau ou système nerveux
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ears or Hearing / Oreilles ou ouïe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eating Disorder / Troubles alimentaires
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eyes or sight / Yeux ou vue
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genito Urinary System / Système génito-urinaire

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heart or Blood Vessels / Coeur ou vaisseaux sanguins
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungs, Respiratory system / Poumon, système respiratoire
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other Abdominal organs / Autres organes abdominaux
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Personality or Behavior / Personnalité ou comportement
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Skin (Acne, etc.) / Peau (acné, etc.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stomach or Digestive System / Estomac ou système digestif
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tonsils Nose or Throat / Amygdales, nez ou gorge
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Have Tonsils been removed / Opération des amygdales

Please give full information (including dates and details) about every disease or impairment mentioned (YES response) for any of the previous question. Veuillez donner une information complète (incluant dates et détails) à propos de toutes les maladies ou dysfonctionnements mentionnés à la question précédente (réponse OUI) :

---



---

<sup>1</sup> If allergic, to what ? how severe is the allergy ? and how is the allergic reaction treated/controlled?

*En cas d'allergie, à quoi ? L'allergie est-elle sévère ? et comment est-elle traitée/contrôlée ?*

---



---

Sex: \_\_\_\_\_ Height: \_\_\_\_\_ Weight : \_\_\_\_\_

Sexe : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_

Pulse: \_\_\_\_\_ Is it normal? \_\_\_\_\_

Pouls : \_\_\_\_\_ Est-il normal ? \_\_\_\_\_

Blood pressure: Systolic.: \_\_\_\_\_ Diastolic. : \_\_\_\_\_

Tension : Syst. : \_\_\_\_\_ Dia. : \_\_\_\_\_

Are pupillary and knees reflexes normal? \_\_\_\_\_

Les réflexes - pupilles et genoux - sont-ils normaux ? \_\_\_\_\_

What is the participant's vision: Without eyeglasses? OD right: \_\_\_\_\_ OS left: \_\_\_\_\_

Vue du participant : Sans lunettes ? droit : gauche :

Has the applicant ever been hospitalized?  Yes  No. If yes, please give date, diagnosis and outcome of each illness or accident.

Le candidat a-t-il déjà été hospitalisé ?  Oui  Non. Si oui, veuillez mentionner les dates, le diagnostic et les conséquences de chaque maladie ou accident.

---

---

---

---

Have you ever consulted one of the following health providers: a neurologist, psychiatrist, psychologist or any other specialist in nervous or psychological disorder?  Yes  No. If so, please explain : which one ? how long ? for what condition/reason ?

Avez-vous déjà consulté un des spécialistes suivants : neurologue, psychiatre, psychologue ou autre spécialiste des maladies nerveuses ou psychologiques ?

Oui  Non. Si oui, merci de donner des explications : quel spécialiste ? pendant combien de temps ? pour quelle pathologie/raison ?

---

---

---

Does the participant have any health limitations or do you know of any pertinent medical information which is important for the exchange student program to know which could limit the student's participation in normal school, family, sports and community life ?  Yes  No. If yes, please comment fully.

Le candidat est-il handicapé par sa santé ou pouvez-vous nous faire part d'informations médicales considérées comme importantes pour le programme, qui limiteraient la participation de l'étudiant à la vie scolaire, familiale, sportive et communautaire normale ?  Oui  Non. Si oui, veuillez nous donner des explications détaillées.

---

---

---

Is the participant currently getting any injections or taking any medication?  Yes  No. If yes please give name(s) of medication(s) and injection and diagnosis.

Le candidat suit-il un traitement médical régulier, piqûres ou médicaments ?  Oui  Non. Si oui, veuillez mentionner le nom des médicaments, des piqûres et votre diagnostic.

---

---

Will the participant need any orthodontic care during the year?  Yes  No. If yes, attach a statement from the orthodontist, indicating, present status, exact care essential to the orthodonture and date care will be completed. (Orthodontic work is **not** covered under the exchange student program Medical Insurance).

Le participant aura-t-il besoin de soins orthodontiques durant l'année à venir ?  Oui  Non. Si oui, veuillez joindre un certificat du médecin indiquant l'état présent et les soins exacts à subir (ces soins ne sont pas couverts par la police d'assurance).

If the student is female, does she have any problems in connection with her menstruation ? If so, explain how this affects her normal activities.

*S'il s'agit d'une participante, a-t-elle des problèmes de règles ? Si tel est le cas, quels en sont les effets sur ses activités ?*

## History of Immunizations — Récapitulatif des immunisations/vaccinations

### 1. Mandatory immunization / Vaccinations / Tests — Immunisations / Vaccinations obligatoires / Tests

These are required by majority of Host country high schools prior to departure. Please indicate day, month and year of all Immunizations/ Vaccinations (include “boosters”) received by participant, the most recent of which must have occurred **within the past 10 years**.

*Elles sont demandées par la plupart des écoles à l'étranger. Il est nécessaire qu'elles soient faites avant le départ. Veuillez indiquer le jour, le mois et l'année de tous les vaccins (ainsi que leurs rappels) qui ont été faits au participant. Les rappels les plus récents doivent avoir été faits il y a moins de 10 ans.*

Vaccines Vaccins	Date (month/day/year) (mois/jour/année)	Date (month/day/year) (mois/jour/année)	Date (month/day/year) (mois/jour/année)	Date (month/day/year) (mois/jour/année)	Date (month/day/year) (mois/jour/année)
Diphtheria Diphthérie	/ / 1	/ / 2	/ / 3	/ / 4	/ / 5
Polio - Vaccine Type Polio	/ / 1	/ / 2	/ / 3	/ / 4	/ / 5
Tetanus / Toxoids (Td) Tétanos	/ / 1	/ / 2	/ / 3	/ / 4	/ / 5
Pertussis Coqueluche	/ / 1	/ / 2	/ / 3	/ / 4	/ / 5
Mumps Oreillons	/ / 1	/ / 2	/ / 3	/ / 4	/ / 5
Rubella Rubéole	/ / 1	/ / 2	/ / 3	/ / 4	/ / 5
Measles (Rubeola) Rougeole	/ / 1	/ / 2	/ / 3	/ / 4	/ / 5
Hepatitis B Hépatite B	/ / 1	/ / 2	/ / 3	/ / 4	/ / 5
Chicken Pox Varicelle	/ / 1	/ / 2	/ / 3	/ / 4	/ / 5
Tuberculosis Mantoux Test Tuberculose (tubertest-monotest)	/ / 1	/ / 2	/ / 3	/ / 4	/ / 5
Covid-19 Vaccinations/Booster Covid-19 Vaccination/Rappel	/ / 1	/ / 2	/ / 3	/ / 4	/ / 5

\* In countries other than the United States, a high percentage of school children are vaccinated with BCG-Vaccine, which is a LIVE vaccine. As a result, some students will have a positive reaction to Mantoux Test for many years.

### 2. Other Immunizations/Vaccinations — Autres immunisations/vaccinations

If participant has had any of the following immunizations - Vaccinations, please indicate the month and year given. These are not required by most host country schools):

*Si le participant a été vacciné/immunisé contre les maladies suivantes, veuillez indiquer ci-dessous le mois et l'année (ces vaccins ne sont pas demandés par la plupart des écoles) :*

Vaccines Vaccins	Date (month/day/year) (mois/jour/année)	Date (month/day/year) (mois/jour/année)	Date (month/day/year) (mois/jour/année)	Date (month/day/year) (mois/jour/année)	Date (month/day/year) (mois/jour/année)
Hepatitis A Hépatite A	/ / 1	/ / 2	/ / 3	/ / 4	/ / 5
Meningitis Méningite	/ / 1	/ / 2	/ / 3	/ / 4	/ / 5
Other Autre	/ / 1	/ / 2	/ / 3	/ / 4	/ / 5
Other Autre	/ / 1	/ / 2	/ / 3	/ / 4	/ / 5

**Recommended for general physical activity in school:**

*Recommandations concernant les activités physiques à l'école :*

Full physical activity including physical education classes (including sports activities)

*Toutes les activités physiques incluant les sports*

Modified physical activities because of \_\_\_\_\_

*Restrictions de certaines activités physiques du fait de*

If the student is eligible and wishes to participate in the high school's competitive sports program, is there any factor in the student's physical condition which might cause a problem to him/her? \_\_\_\_\_ If yes, please explain: \_\_\_\_\_

*Si le (la) participant(e) souhaite et a la possibilité de participer aux programmes de compétition sportive de l'école, y a-t-il un point dans la condition physique de l'étudiant qui puisse lui poser un problème ?  Oui  Non. Si oui, veuillez préciser :*

**For physician:**

*À l'attention du médecin*

In my opinion, the general state of the participant health is (check one):

*À mon avis l'état général du participant est (cochez une case) :*

**Excellent**

*Excellent*

**Good**

*Bon*

**Fair**

*Moyen*

**Poor**

*Mauvais*

**Comments :** \_\_\_\_\_

*Commentaires*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

I, hereby, certify that, to the best of my knowledge, the above information is true and correct:

*Je certifie, par la présente, qu'à ma connaissance les renseignements fournis ci-dessus sont exacts et corrects :*

\_\_\_\_\_  
Physician's Signature / Signature du médecin

\_\_\_\_\_  
Date of examination / Date de consultation

\_\_\_\_\_  
Physician's Name (please print) / Nom du Médecin (en lettres capitales)

**STAMP / CACHET**

\_\_\_\_\_  
Address / Adresse

\_\_\_\_\_  
Country (of licence to practice medicine) / Pays (de licence de pratiquer la médecine)

**For the Parents / Legal Guardians :**

*À l'attention des parents / Tuteurs Légaux*

We, the parent(s) / Legal guardian(s), consent and authorize the exchange program organization, or any adult Host Family Member to obtain any medical, dental, surgical, psychological, psychiatric, or hospital care, deemed necessary by any health care provider, for the health, treatment and care of this Exchange student ("Student") during Students participation in exchange program. All current and prior significant physical and mental health conditions have been fully disclosed above. We further understand that we are obligated to inform the exchange program organization of any significant changes to the Student's health conditions that may occur after the signature of this document. The Parent(s)/Legal guardian(s) authorize the health care provider to release all health care records regarding the student to the exchange program organization.

*Nous, parents ou tuteurs légaux, consentons et autorisons l'organisme d'échange concerné, ou la famille d'accueil, à mettre en place tout traitement médical, dentaire, chirurgical, psychologique, psychiatrique ou hospitalier, jugé nécessaire par le corps médical pour cet étudiant d'échange, et ce pendant toute sa participation au programme d'échange. Toutes les conditions de santé physiques et mentales actuelles et préalables ont été complètement décrites ci-dessus. Nous comprenons que désormais, nous sommes dans l'obligation de signaler à l'organisme d'échange tout changement significatif relatif à la condition de santé de l'étudiant, à compter de la signature du présent document. Les parents ou tuteurs légaux autorisent le corps médical à remettre à l'organisme d'échange tous les documents concernant la santé de cet étudiant d'échange.*

We hereby certify, to the best of our knowledge, the truthfulness and the accuracy of the above information.

*Nous certifions par ailleurs, autant que nous le savons, la véracité et l'exactitude des renseignements ci-dessus.*

\_\_\_\_\_  
Signature of Father or Legal Guardian / Signature du Père ou Tuteur

\_\_\_\_\_  
Signature of Mother or Legal Guardian / Signature de la Mère ou Tutrice

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

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

**THIS STUDENT IS FULLY INSURED FOR ALL NECESSARY AND REASONABLE MEDICAL EXPENSES, ACCIDENTAL INJURY AND DEATH, UNLESS RESULTING FROM A PREVIOUSLY EXISTING HEALTH CONDITION**  
**CET ÉTUDIANT EST PLEINEMENT ASSURÉ POUR TOUS LES FRAIS MÉDICAUX NÉCESSAIRES ET RAISONNABLES, LES BLESSURES ACCIDENTELLES ET LE DÉCÈS, SAUF CONDITIONS PRÉEXISTANTES**