

Institut Européen des Sciences de la Santé

Fiche d'inscription : Cycle du Master



Année scolaire 2015 / 2016

Numéro de l'étudiant :

Photo

1 FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom(s) de famille																											
Prénom(s)																											
Date de naissance									Sexe	☐	Masculin	☐	Féminin														
Ville de naissance																											
Pays de naissance																											
Nationalité																											
Document d'identification																											
Type de document					☐	CIN								☐	Carte de séjour								☐	Passeport			
Numéro																											
Autorité de délivrance																											
Date de délivrance									Date d'expiration																		
Adresse																											
Ville																											
Code postal									Pays																		
Téléphone																											
Portable																											
Email																											

2 INFORMATIONS A PROPOS DES PARENTS

	Le père	La mère																
Nom(s)																		
Prénom(s)																		
Date de naissance	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								
Ville de naissance	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								
Pays de naissance	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								
Nationalité	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								
Adresse permanente																		
Ville	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								
Code postal	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								
Pays	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								
Téléphone	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								
Portable	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								
Email	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								

3 L'ÉTAT CIVIL

3.1 État civil actuel

Jamais marié ☐
 Marié(e) ☐
 Séparé(e) ☐
 Divorcé(e) ☐

Remariée ☐
 veuve ☐
 Autre (spécifie)

Avez-vous des enfants? Oui ☐ No ☐
 Passez à la section suivante

Combien d'enfants avez-vous?

3.2 Informations concernant les enfants

	Nom(s)	Prénom(s)	Date de naissance
1 ^{er} enfant			
2 ^{ème} enfant			
3 ^{ème} enfant			
4 ^{ème} enfant			

3.3 Informations concernant le conjoint

Nom(s) de famille																				
Prénom(s)																				
Date de naissance																				
Ville de naissance																				
Pays de naissance																				
Nationalité																				

4 SCOLARITE

4.1 Lycée

Date de début										Date de fin															
	j	j	m	m	a	a	a	a			j	j	m	m	a	a	a	a							
Identification de l'établissement																									
Nome																									
Adresse																									
Ville																	Pays								
Diplôme obtenu																									
Spécialité du bac																									
Note moyenne obtenue			.				/	2	0																

4.2 Études après le baccalauréat

Date de début										Date de fin															
	j	j	m	m	a	a	a	a			j	j	m	m	a	a	a	a							
Identification de l'établissement																									
Nome																									
Adresse																									
Ville																	Pays								
Diplôme obtenu																									
Spécialité																									
Note moyenne obtenue			.				/	2	0																

4.3 Études après le baccalauréat

Date de début	jjmmaaaa	Date de fin	jjmmaaaa
Identification de l'établissement			
Nome			
Adresse			
Ville		Pays	
Diplôme obtenu			
Spécialité			
Note moyenne obtenue	./20		

5 COMPETENCE LINGUISTIQUE

Sur une échelle de 0 à 5, quel est votre niveau de compétence dans chaque domaine des langues suivantes? (0 étant aucune connaissance et 5 un niveau d'expert)

	Compréhension de l'oral	Expression orale	Compréhension de l'écrit	Expression écrite
Arabe	☐	☐	☐	☐
Français	☐	☐	☐	☐
Anglais	☐	☐	☐	☐
Allemand	☐	☐	☐	☐
Espagnol	☐	☐	☐	☐
Autre	☐	☐	☐	☐

6 COMPETENCE INFORMATIQUES

	Rien	Débutante	Pratiquant	Maîtriser	Expert
MS Word	☐	☐	☐	☐	☐
MS Excel	☐	☐	☐	☐	☐
MS Outlook	☐	☐	☐	☐	☐
MS PowerPoint	☐	☐	☐	☐	☐
MS Access	☐	☐	☐	☐	☐
MS Project	☐	☐	☐	☐	☐
Adobe Photoshop	☐	☐	☐	☐	☐
Adobe InDesign	☐	☐	☐	☐	☐
Adobe Illustrator	☐	☐	☐	☐	☐
IBM SPSS	☐	☐	☐	☐	☐

7 FICHE MEDICALE

7.1 Antécédents médicaux personnels

Avez-vous eu une des maladies suivantes :

Bronchite fréquente	Oui	☐	Non	☐
Asthme	Oui	☐	Non	☐
Tuberculose	Oui	☐	Non	☐
Syncope, évanouissement	Oui	☐	Non	☐
Palpitations	Oui	☐	Non	☐
Hypertension artérielle	Oui	☐	Non	☐
Maladie du cœur	Oui	☐	Non	☐
Si OUI, précisez	Oui	☐	Non	☐
Intolérance à l'effort	Oui	☐	Non	☐
Malaises divers	Oui	☐	Non	☐
Diabète	Oui	☐	Non	☐
Jaunisse – Hépatite	Oui	☐	Non	☐
Ulcère d'estomac	Oui	☐	Non	☐

Autres troubles digestifs	Oui	☐	Non	☐
Anomalies urinaires	Oui	☐	Non	☐
Si OUI, précisez	Oui	☐	Non	☐
Calcul rénal ou urinaire	Oui	☐	Non	☐
Rhumatisme articulaire aigu	Oui	☐	Non	☐
Méningite, encéphalite	Oui	☐	Non	☐
Epilepsie, convulsions	Oui	☐	Non	☐
Paralysies	Oui	☐	Non	☐
Maladies gynécologiques	Oui	☐	Non	☐
Autres maladies	Oui	☐	Non	☐
Si OUI, précisez				
Avez-vous déjà été hospitalisé	Oui	☐	Non	☐
Si OUI, précisez le motif:				

7.2 Terrain allergique

Etes-vous allergique à certains médicaments	Oui	☐	Non	☐
Si OUI, lesquels				
Avez-vous des allergies cutanées (urticaire, eczéma) :	Oui	☐	Non	☐
Avez-vous des allergies respiratoires (asthme – rhume des foins)	Oui	☐	Non	☐
Avez-vous des contre-indications aux vaccinations	Oui	☐	Non	☐
Si OUI, lesquelles				
Avez-vous une allergie aux piqûres de guêpes ou d'abeilles :	Oui	☐	Non	☐
Si OUI, avez-vous été désensibilisé :	Oui	☐	Non	☐

7.3 Antécédents chirurgicaux et traumatiques

Avez-vous subi une intervention chirurgicale pour un de ces problèmes :

Appendice	Oui	☐	Non	☐
Hernie(s)	Oui	☐	Non	☐
Autres à préciser				
Avez-vous eu une anesthésie générale	Oui	☐	Non	☐
Avez-vous été victime d'un traumatisme crânien	Oui	☐	Non	☐
Si OUI: y avait-il eu perte de connaissance				
Vous reste-t-il des séquelles	Oui	☐	Non	☐

Avez-vous eu des fractures des membres	Oui ☐	Non ☐
Si OUI, à quel membre		
Etes-vous encore porteur de broche, clou, vis ou plaque	Oui ☐	Non ☐
Avez-vous eu des problèmes aux genoux (blocages, douleur, entorse	Oui ☐	Non ☐
Autres antécédents (luxations, entorses ...)	Oui ☐	Non ☐
Si OUI, préciser		

7.4 Yeux

Portez-vous des lunettes	Oui ☐	Non ☐
Portez-vous des lentilles ou verres de contact	Oui ☐	Non ☐
Avez-vous des problèmes de vision des couleurs	Oui ☐	Non ☐
Avez-vous subi une blessure ou un traumatisme de l'œil	Oui ☐	Non ☐
Avez-vous eu d'autres maladies des yeux	Oui ☐	Non ☐
Avez-vous bénéficié d'un traitement chirurgical de la myopie	Oui ☐	Non ☐

7.5 Nez gorge oreilles dents

Entendez-vous mal	Oui ☐	Non ☐
Avez-vous eu des maladies des oreilles ou des sinus ou du cou	Oui ☐	Non ☐
Avez-vous eu des troubles de l'équilibre	Oui ☐	Non ☐
Avez-vous été opéré des oreilles ou du nez ou des sinus ou du cou	Oui ☐	Non ☐
Utilisez-vous régulièrement un baladeur	Oui ☐	Non ☐
Avez-vous des caries dentaires	Oui ☐	Non ☐

7.6 Troubles nerveux

Avez-vous fréquemment mal à la tête	Oui ☐	Non ☐
Avez-vous eu des évanouissements en dehors d'un traumatisme	Oui ☐	Non ☐
Avez-vous eu une maladie nerveuse, une dépression	Oui ☐	Non ☐
Avez-vous eu des crises de nerfs ou des colères violentes	Oui ☐	Non ☐
Avez-vous fait une ou plusieurs tentatives de suicide	Oui ☐	Non ☐
Avez-vous eu des troubles de l'alimentation (anorexie – boulimie)	Oui ☐	Non ☐
Avez-vous été ou êtes-vous actuellement en traitement pour troubles nerveux	Oui ☐	Non ☐
Avez-vous uriné au lit après l'âge de 7 ans	Oui ☐	Non ☐
Avez-vous été en institut médico-pédagogique	Oui ☐	Non ☐

7.7 Traitements

Pensez-vous un traitement médicamenteux actuellement	Oui ☐	Non ☐
Si OUI - Quels médicaments		

7.8 Antécédents familiaux

Un des membres de votre famille a eu une de ces maladies ?

Asthme	Oui	☐	Non	☐	Diabète	Oui	☐	Non	☐
Tuberculose	Oui	☐	Non	☐	Cancer	Oui	☐	Non	☐
Hypertension artérielle	Oui	☐	Non	☐	Maladie nerveuse	Oui	☐	Non	☐
Maladie de cœur	Oui	☐	Non	☐	Mort subite	Oui	☐	Non	☐
Autre (Précisez)									

8 CHOIX DE PROGRAMME

Programme du master	Premier choix	Deuxième choix	Troisième choix
Master en sciences infirmières			
• Option : Anesthésie	☐	☐	☐
• Option : Soins intensifs	☐	☐	☐
• Option : Bloc opératoire	☐	☐	☐
• Option : Cardiologie	☐	☐	☐
• Option : Néonatalogie	☐	☐	☐
• Option : Oncologie	☐	☐	☐
Master en rééducation médicale			
• Option : Kinésithérapie	☐	☐	☐
• Option : Psychomotricité	☐	☐	☐
• Option : Orthophonie	☐	☐	☐
Master en nutrition et diététique			
• Option : Nutrition médicale	☐	☐	☐
• Option : Génie alimentaire	☐	☐	☐
• Option : Gestion alimentaire	☐	☐	☐
Master en gestion des services de santé			
• Option : Gestion médicale	☐	☐	☐
• Option : Comptabilité médicale	☐	☐	☐
• Option : Marketing médical	☐	☐	☐
• Option : Informatique médicale	☐	☐	☐
Master en santé publique			
• Option : Epidémiologie	☐	☐	☐
• Option : Système et politique de santé	☐	☐	☐
• Option : Santé environnementale	☐	☐	☐
• Option : Santé au travail	☐	☐	☐

Master en psychologie

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Option : Psychologie clinique | ☐ | ☐ | ☐ |
| • Option : Neuropsychologie | ☐ | ☐ | ☐ |
| • Option : Psychologie de l'enfant et de l'adolescent | ☐ | ☐ | ☐ |
| • Option : Psychologie du travail | ☐ | ☐ | ☐ |
| • Option : Psychologie de la santé | | | |

9 DIVERS

Comment avez-vous connu l'IESS ? (Plusieurs réponses possibles) :

- | | |
|--------------------------|---|
| ☐ | Par un salon, lequel? |
| ☐ | Lors d'une journée porte ouverte |
| ☐ | Par un établissement scolaire, lequel ? |
| ☐ | Par un site internet, lequel? |
| ☐ | Via nos Flyers? |
| ☐ | Par un autre moyen, lequel ? |

10 CONSTITUTION DE DOSSIER :

Votre dossier de candidature doit comporter les pièces suivantes :

- Une demande d'inscription rédigée en langue française destinée au directeur de l'institut, précisant le cursus académique choisi ainsi les motifs justifiant ce choix ;
- Le formulaire d'inscription de l'institut comportant toutes les informations ainsi que la signature de l'étudiant ;
- Trois copies certifiées conformes de la carte d'Identité Nationale (CIN) de l'étudiant ;
- Trois copies certifiées conformes du diplôme de baccalauréat ;
- Trois copies certifiées conformes des relevés de notes (Bac) ;
- Trois copies certifiées conformes du diplôme de licence ;
- Trois copies certifiées conformes des relevés de notes (licence) ;
- Certificat médical d'aptitude ;
- Six photos ;
- Frais de dépôt de dossier ;

11 DECLARATION

Je, soussigné (e)

certifie l'exactitude des informations ci-dessus, joint à ce dossier les pièces nécessaire à sa constitution, et demande au jury d'admission, d'orientation au jury, ainsi d'examiner, sans aucun engagement de ma part, ma candidature.

Fait à, le

Signature