



Kenitra le :.../.../.....
N°Dossier :.....

N°Chambre/Pavillon :.....

Déclaration sur l'état de Santé 2026/2027

Nom et prénom :.....
Date et lieu de naissance :..... Tel :.....
Ecole/Faculté :.....branche :..... Niveau scolaire :.....

1- Souffrez –vous des problèmes de santé suivants ?

Genre de maladie	Historique médical	Quel traitement vous suivez?
anaphylaxie respiratoire		
difficulté respiratoire		
Asthme		
Tuberculose		
allergie à un médicament		
Maladie cardiovasculaire		
Hypertension artérielle		
Hypotension artérielle		
Diabète		
Epilepsie		
Autres...		

*Une copie de l'ordonnance du médecin traitant à joindre à cette déclaration

2- Souffrez –vous des problèmes psychologiques suivants ?

Genre de maladie	Historique médical	Quel traitement vous suivez?
Troubles psychiques		
Troubles de sommeil ou insomnie		
Dépression		
Crises nerveuses		
Réclusion		
Problèmes de communication		

3- *Une copie de l'ordonnance du médecin traitant à joindre à cette déclaration

4- Souffrez –vous de l'une de ces dépendances ?

Genre de maladie	Historique médical	Quel traitement vous suivez?
Tabac		
Alcool		
Drogues		
Narguilé		
Rester éveillé		
Internet / télé		
Autres ...		

*Une copie de l'ordonnance du médecin traitant est jointe à cette carte

5- Avez-vous déjà subi une intervention Chirurgicale ? ☐ OUI ☐ NON

Laquelle ?quand ?

6- Souffrez –vous actuellement d'une maladie ? OUI ☐ NON ☐

Laquelle ?suivez-vous actuellement un traitement quelconque ou régime spéciale ? Lequel ?

Je soussigne que les informations que j'ai fournies sur mon état de santé physique et psychique sont exactes et que je peux habiter à la résidence sans risques sanitaires et que j'assume ma responsabilité au cas contraire.

Signature du Tuteur (légalisée) :

Signature du Résident (e)(légalisée) :