



## FORMULAIRE DE SANTE

Réservé exclusivement à l'administration  
Reçu le \_\_\_\_\_ par \_\_\_\_\_

### FACULTE DE THEOLOGIE DES ASSEMBLEES DE DIEU (FATAD) PROGRAMME DE MASTER

*Au candidat : Veuillez remplir correctement ce formulaire. Si nécessaire, utilisez une feuille de papier séparée pour de plus amples explications. Une autorité médicale qualifiée devra remplir et signer le certificat médical. Envoyez ensuite ces formulaires à la FATAD, B.P. 2313, Lomé, Togo, ou scannez-les et envoyez-les à [archiviste@fatad.org](mailto:archiviste@fatad.org).*

Nom : \_\_\_\_\_

Prénoms : \_\_\_\_\_

Adresse permanente : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

1. Y a-t-il une histoire de tuberculose, de cancer, de SIDA, de dépression, ou d'aliénation mentale dans votre famille ? \_\_\_\_\_ Si oui, expliquez : \_\_\_\_\_

2. Avez-vous jamais vécu avec quelqu'un qui avait la tuberculose ou le SIDA ? \_\_\_\_\_ Si oui, décrivez la nature du contact : \_\_\_\_\_

3. Avez-vous une toux chronique ? \_\_\_\_\_

Date du dernier examen de radiologie pour votre poitrine : \_\_\_\_\_

4. Donnez l'âge approximatif auquel vous avez eu des manifestations des maladies suivantes :

Asthme _____	Oreillons _____	Scarlatine _____
Diabète _____	Paludisme _____	Diptérie _____
Filaire _____	Poliomyélite _____	Lèpre _____
Typhoïde _____	Épilepsie _____	Goitre thyroïdien _____
Hépatite _____	Parasites internes _____	Variole _____
SIDA _____	Rhumatisme _____	Maladies vénériennes _____

*S.V.P. utilisez une autre feuille pour répondre aux questions suivantes :*

5. Faites une liste des opérations que vous avez subies et les dates approximatives.

6. Etes-vous handicapé physiquement ? \_\_\_\_\_ Si oui, expliquez.

7. Avez-vous jamais été victime d'évanouissement, défaillance ? Si oui, expliquez.



**FACULTE DE THEOLOGIE DES  
ASSEMBLEES DE DIEU (FATAD)  
PROGRAMME DE MASTER**

Réservé exclusivement à l'administration  
Reçu le \_\_\_\_\_ par \_\_\_\_\_

**CERTIFICAT MEDICAL pour**

*A l'adresse de l'agent médical qui établit ce certificat :  
La personne concernée a fait une demande d'admission à la Faculté de Théologie des  
Assemblées de Dieu sise à Lomé au Togo. Une situation médicale claire est une exigence en vue  
de l'admission. Nous vous prions de procéder à un examen complet du sujet et de répondre aux  
questions suivantes le concernant. Merci de votre aide. Si vous avez d'autre remarque, veuillez  
s'il vous plaît les noter sur une feuille séparée.*

La personne montre-t-elle des signes des pathologies suivantes ?

<u>Oui</u>	<u>Non</u>		<u>Oui</u>	<u>Non</u>	
( )	( )	Tuberculose	( )	( )	Problèmes cardiaques
( )	( )	Lèpre	( )	( )	Allergies _____
( )	( )	Maladies vénériennes	( )	( )	Troubles digestifs ou d'estomac
( )	( )	Hépatite	( )	( )	Problèmes dentaires
( )	( )	SIDA	( )	( )	Hernie ( ) D ( ) G
( )	( )	Parasites internes			
( )	( )	Autres infections ou maladies contagieuses : _____			

Vision normale sans lunettes : D \_\_\_\_\_ G \_\_\_\_\_

Tension Artérielle : Syst. \_\_\_\_\_ Diast. \_\_\_\_\_ Urine : Albumine \_\_\_\_\_ Sucre \_\_\_\_\_

Remarques sur les éléments ci-dessus mentionnés : \_\_\_\_\_

Y a-t-il une raison qui pourrait empêcher le candidat de suivre les cours à plein temps ?

Nom de la personne  
remplissant ce certificat : \_\_\_\_\_

Titre : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_