## HEMDAT HADAROM

MEKHINA TORANITE

## 

## FICHE MÉDICALE

CONFIDENTIELLE

(À REMPLIR PAR LE MÉDECIN)

NOM DE LA CANDIDATE:

PRÉNOM:

DATE ET LIEU DE NAISSANCE:

ANTECÉDENTS MÉDICAUX FAMILIAUX:

Maladies familiales connues: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Etat de santé du père:

Etat de santé de la mère:

Etat de santé des frères et sœurs:

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX PERSONNELS:

### Hospitalisation: oui / non

### Si oui, dates et raisons: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### 

Troubles alimentaires: oui / non

### Si oui, dates et précisions: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Accidents: oui / non Si oui, dates et précisions: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

#### TRAITEMENT MEDICAL EN COURS : oui / non

#### Si oui, nature de ce traitement et raisons: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#### \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

EXAMEN MÉDICAL

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Examen normal | Examen anormal |  |
| PEAU |  |  |  |
| YEUX |  |  |  |
| O.R.L. |  |  |  |
| GANGLIONS SYSTEME  LYMPHATIQUE |  |  |  |
| COEUR |  |  |  |
| TENSION ARTERIELLE |  |  |  |
| POUMONS |  |  |  |
| ABDOMEN |  |  |  |
| SYSTEME NERVEUX |  |  |  |
| SYSTEME  LOCOMOTEUR |  |  |  |

Autres informations éventuelles :

Restrictions pour raisons médicales aux activités physiques ou sportives : oui / non

Si oui, donnez-en les raisons \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Souffre-t-elle d'allergies? Lesquelles?

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

Asthmatique: oui / non

Nom du médecin examinant: Signature et cachet du médecin:

## COMPLÉMENT À LA FICHE MEDICALE

*(À FAIRE SIGNER IMPÉRATIVEMENT PAR LES PARENTS)*

HEMDAT HADAROM est dégagée de toute responsabilité au cas où tout traitement médical devant être poursuivi n’aurait pas été signalé ci-dessus.

Nom et prénom de la candidate \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature des parents\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FICHE D’INSCRIPTION**

# PHOTO

**À**

**HEMDAT HADAROM**

NOM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PRENOM(S): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ADRESSE COMPLETE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

PORTABLE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIXE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : le\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NATIONALITE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NUMERO DE PASSEPORT FRANCAIS: --------------------------------------------------

NUMERO D’IDENTITE ISRAELIEN: -----------------------------------------------------

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Coordonnées des parents | Père | Mère |
| Nom |  |  |
| Prénom |  |  |
| Adresse |  |  |
| Profession |  |  |
| Téléphone |  |  |
| Mails |  |  |

SITUATION des PARENTS : □ mariés □ divorcés □ séparés □ veuf □ veuve

**SCOLARITÉ:**

Établissements primaires: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Établissements secondaires: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vous êtes actuellement en classe de \_\_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si vous êtes déjà bachelière, indiquez: section: \_\_\_\_ année: \_\_\_\_ lycée:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Établissements supérieurs: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Possédez-vous un autre diplôme? \_\_\_\_\_ Si oui, lequel? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FORMATION JUIVE:**

Combien de temps avez-vous fréquenté une école juive? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Et un mouvement de jeunesse? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lequel? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Combien de fois êtes-vous venue en Israël? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Parlez-vous l'hébreu?: □ pas du tout □ un peu □ moyennement □ couramment

Donnez les coordonnées d'une personnalité communautaire vous connaissant (nom, prénom, téléphone, fonction communautaire):

**MOTIVATION:**

(dites en quelques mots pourquoi vous envisagez de vous inscrire à ATID-HEMDAT)

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

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

ATID HEMDAT

FRAIS DE SCOLARITE ET D’INTERNAT

ANNEE UNIVERSITAIRE 2021-2022

Nom de l’étudiante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Statut: □ Ola Hadacha □ Touriste

***Pour les Olot Hadachot uniquement:***

Je soussignée \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ m’engage à verser à Hemdat Hadarom la somme de 10800 Euros pour l’année payable en 10 versements.

***Pour les touristes inscrites au programme 'Massa':***

Je soussignée \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ m’engage à verser à Hemdat Hadarom ce qui restera à payer des 10800 Euros après en avoir déduit le montant de la bourse accordée par Massa. Cette somme pourra être réglée en 10 versements.

**Au cas où l’étudiante quitterait l’établissement en cours d’année, le versement du mois en cours sera intégralement retenu.**

Fait à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Les étudiantes désireuses de s'inscrire à Massa sont priées de remplir le formulaire qu'elles trouveront sur leur site.*

*Pour ouvrir un dossier d'Alya, s'adresser à l'Agence Juive.,*

בס"ד

Nétivot, ‏ טבת תשפ"א (Janvier 2021)

Chalom,

J’ai le plaisir de te faire parvenir un dossier d’inscription pour le programme “Atid-Hemdat” de Hemdat Hadarom.

Nous te demandons de bien vouloir nous renvoyer les pièces suivantes:

□ La fiche d'inscription

□ La fiche médicale confidentielle (à faire remplir par le médecin)

□ L'engagement à la participation aux frais

□ Une photocopie de la Kétouba des parents ou un certificat de judaïcité

□ 4 photos

□ Un chèque de 100 Euros pour frais d'inscription (à l'ordre de " Hemdat Halevavot ")

□ La photocopie du baccalauréat avec le relevé de notes (si tu le passes en juin, tu me l’enverras en juillet)

□ Un chèque de caution de 100 euros (à l'ordre de Hemdat Halevavot également qui te sera rendu en fin d'année)

N’hésite pas à me contacter pour tout problème ou demande d’informations complémentaires.

Cordial Chalom et à bientôt

Elie KLING

Directeur de la section francophone