



FICHE DE PREINSCRIPTION ET QUITUS DE L'UNIVERSITE DE YAOUNDE I  
ANNEE ACADEMIQUE 2024 / 2025



Code :

Ce code unique permet de voir sa fiche, compléter ou corriger ses informations de préinscriptions  
Vous avez actuellement le quitus pour payer vos droits de pré-inscription dans les agences SGC ou Express Union contre reçu de paiement

PHOTO

<b>Etat-Civil</b>	<b>Faculté et Filières</b>
Code préinscription :	<b>Filières :</b>
Nom(s) et Prénom(s) :	Etablissement :
Date de Naissance :	* 1er Choix :
Date précise? : NON	* 2ème Choix :
Lieu de Naissance :	* 3ème Choix :
Sexe :	Niveau :
Statut matrimonial :	Statut
Situation professionnelle :	<b>Diplôme</b>
Première langue :	Type Diplôme :
Email :	Série :
Téléphone :	Année d'obtention :
N° CNI	Moyenne :
Adresse	Infos. Jury/Mention :
<u>Date de rendez-vous</u> Dès que possible	Diplôme délivré par :
<b>Filiation et infos. Urgence</b>	Date de délivrance :
Nationalité :	<b>Autres Détails</b>
Région d'Origine :	<b>Infos de Paiement :</b>
Département d'Origine :	* N° Transaction :
Nom du Père : /	* Agence de Paiement :
Profession du Père : /	* Frais de préinscription : 10 000
Nom de la Mère :	<b>Informations Diverses :</b>
Profession de la Mère :	* Pratique Sport : NON
<b>Personne à contacter :</b>	* Pratique Art : NON
* Nom :	<b>Numéro du certificat médical : /</b>
* Téléphone :	Lieu du certificat médical : /
* Ville :	

Partie réservée à l'Administration :

Avis :  
Signature

Je déclare sur l'honneur que les informations saisies sont exactes  
(Signature du Candidat)

RECEPISSE DE DEPÔT

Code : Nom(s) et Prénom(s) :  
Filière : Niveau :

Etablissement :

**Infos de Paiement :**

\* N° Transaction :  
\* Agence de Paiement :

Avis :  
Signature de l'Administration





Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/20 \_\_\_\_

(Imprimez ces deux fiches et apportez-les au Centre medico-social lors de la visite médicale)

Code de préinscription :

**Noms :** \_\_\_\_\_

*Last Name:*

**Prénoms :** \_\_\_\_\_

*First Name:*

**Date de naissance :** \_\_\_\_\_

*Date of Birth:*

**E-mail :** \_\_\_\_\_

*Email Address:*

**Téléphone :** \_\_\_\_\_

*Phone Number:*

**Sexe :** \_\_\_\_\_

*Gender:*

**Adresse :** \_\_\_\_\_

*Address:*

**Personne à contacter en cas d'urgence :** \_\_\_\_\_

*Emergency contact name:*

**Téléphone Contact d'urgence :** \_\_\_\_\_

*Emergency contact phone:*

**Sa ville :** \_\_\_\_\_

*Emergency contact city:*

**Antécédent personnel (à compléter et signer par un médecin)***Past Medical history (to be complete and signed by the health care provider)*

<b>Antécédent médicaux / Past medical history</b>	<b>Normal</b>	<b>Arnomal/Abnormal</b>	<b>Cominentide/Cominent</b>
Système digestif / Digestive System			
Système respiratoire / Respiratory System			
Système cardio vasculaire / Cardio vascular System			
System endocrinien / Endocrine System			
Système uro-génital / Urogenital System			
Système musculo-ostéo articulaire / Musculo-skeletal System			
Système neurologique / Nervous System			
Autres trouvailles / Others Findings			
Antécédents chirurgicaux / Past surgical history	Oui yes	Non no	
Antécédent toxicologiques / Toxicologic history	Oui yes	Non no	
Antécédent psychiatriques / Psychiatric history	Oui yes	Non no	
Antécédent immunologiques et allergies / Immunologic allergic history	Oui yes	Non no	
Antécédent gynécologiques et obstétricaux / Gyneco-obstetric history			
Ménarche [ ]	Coitarche [ ]	Nombre d'enfant Number of children [ ]	Nombre de grossesse Number of pregnancies [ ]
Vaccination : <b>Hépatite B</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Date:..... Yes No	<b>Tétanus / Tetanus</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Date:..... Yes No	<b>Fièvre typhoïde / Typhoid fever</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Date:..... Yes No	
<b>Contraception / Contraceptive method</b>	Jamais Never		

**Examens physiques (à compléter et signer par un médecin)***Physical examination (to be complete and signed by health care provider)***Symptômes / Symptoms :** \_\_\_\_\_**Paramètres / Parameters**

<b>Taille</b> Height	<b>Poids</b> Weight	<b>IMC</b> BIM	<b>Pression artérielle</b> Blood pressure	<b>Pouls</b> Pulse
-------------------------	------------------------	-------------------	--	-----------------------

**Signes physiques / Physical signs****Signes généraux / General signs**

SCV/CVS \_\_\_\_\_

SE/ES \_\_\_\_\_

SH/HS \_\_\_\_\_

SR/RS \_\_\_\_\_

SUG/UGS \_\_\_\_\_

SN/NS \_\_\_\_\_

SD/DS \_\_\_\_\_

SL/LS \_\_\_\_\_

Peau et skin / Mucosae Tegument \_\_\_\_\_

**Examens para-cliniques / Para clinical tests****Diagnostic / Diagnosis****Traitement / Treatment :****Conclusion :**FOR OFFICE  
USE ONLY