



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

Code : **27992058917**



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

Etat-Civil	Faculté et Filières
Code préinscription : 27992058917	Filières :
Nom(s) et Prénom(s) : OUEI HELENE	Etablissement : FACULTÉ DES ARTS, LETTRES ET SCIENCES HUMAINES
Date de Naissance : 09/04/1985	* 1er Choix : GEOGRAPHIE
Date précise? : OUI	* 2ème Choix : HISTOIRE
Lieu de Naissance : MORA	* 3ème Choix : SOCIOLOGIE
Sexe : FEMININ	Niveau : M1
Statut matrimonial : CELIBATAIRE	Statut : CAMEROUNAIS
Situation professionnelle : SANS EMPLOI	Diplôme
Première langue : FRANÇAIS	Type Diplôme : BACC CAMEROUNAIS
Email : oueihelene@gmail.com	Série : A
Téléphone : 695420247	Année d'obtention : 2005
N° CNI : 000227349	Moyenne : 11,68
Adresse : NKOABANG	Infos. Jury/Mention : PASSABLE
Date de rendez-vous : Dès que possible	Diplôme délivré par : OBC
Filiation et infos. Urgence	Date de délivrance : 23/05/2007
Nationalité : CAMEROUN	Autres Détails
Région d'Origine : NORD	Infos de Paiement :
Département d'Origine : FARO	* N° Transaction : 31AF192B0
Nom du Père : OUEI JOSEPH	* Agence de Paiement : EXPRESS UNION
Profession du Père : P&T	* Frais de préinscription : 10 000
Nom de la Mère : SUITRY MARIE	Informations Diverses :
Profession de la Mère : MÉNAGÈRE	* Pratique Sport : OUI
Personne à contacter :	* Pratique Art : NON
* Nom : ABATCHA OUMAROU	Numéro du certificat médical : /
* Téléphone : 696029197	Lieu du certificat médical : /
* Ville : GAROUA	

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 : 27992058917	Nom(s) et Prénom(s) : OUEI HELENE
Filière : -----	Niveau : M1
Etablissement : FACULTÉ DES ARTS, LETTRES ET SCIENCES HUMAINES	Avis :
Infos de Paiement :	Signature de l'Administration
* N° Transaction : 31AF192B0	
* Agence de Paiement : EXPRESS UNION	





Date ____/____/20 ____

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

Code de préinscription : 27992058917

Noms : OUEI

Last Name:

Prénoms : HELENE

First Name:

Date de naissance : 9 avril 1985

Date of Birth:

E-mail : oueihelene@gmail.com

Email Address:

Téléphone : 695420247

Phone Number:

Sexe : FEMININ

Gender:

Adresse : NKOABANG

Address:

Personne à contacter en cas d'urgence : ABATCHA OUMAROU

Emergency contact name:

Téléphone Contact d'urgence : 696029197

Emergency contact phone:

Sa ville : GAROUA

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)*

Antécédent médicaux / Past medical history	Normal	Arnomal/Abnormal	Cominentide/Cominent
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 <input type="text"/> Coïtarche <input type="text"/> Nombre d'enfant <input type="text"/> <i>Number of children</i> Nombre de grossesse <input type="text"/> <i>Number of pregnancies</i> Vaccination : Hépatite B Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Date:..... <i>Yes No</i> Tétanus / Tetanus Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Date:..... <i>Yes No</i> Fièvre typhoïde / Typhoid fever Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Date:..... <i>Yes No</i>			
Contraception / Contraceptive method	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**

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

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