



Renseignements personnels

Nom		Prénoms		Date de naissance et code de sécurité sociale	
Adresse		Code postal	Bureau de poste/ville		Profession
Identité		Avis du patient sur son état de santé actuel		Consommation régulière des médicaments	
<input type="checkbox"/> connue <input type="checkbox"/> prouvée par un document officiel <input type="checkbox"/> non prouvée		<input type="checkbox"/> bon <input type="checkbox"/> moyen <input type="checkbox"/> mauvais		<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, lesquels _____	
Personne examinée		Anamnèse		Conséquences sur l'aptitude au service	
		Normal	Anormal	Oui	Non
1. Etat général					
2. Physique					
3. Musculature					
4. Etat psychique					
5. Système nerveux					
6. Coeur et l'appareil circulatoire					
7. Poumons					
8. Bouche, nez, pharynx					
9. Dents					
10. Tympan					
11. Audition					
12. Abdomen					
13. Vision des couleurs:comment ?					
14. Peau					
15. Membres supérieurs					
16. Membres inférieurs : genoux, chevilles					
17. Dos					
18. Autres remarques?					
19. Poids kg Taille cm BMI					
20. Tension sanguine / mm Hg					
D'autres facteurs ayant des conséquences sur l'aptitude au service		Oui	Non	Oui	Non
21. Problème au niveau de l'appareil locomoteur					
22. Médicaments					
23. Autre, lequel ?					
24. Restrictions à la pratique du sport?					
25. Allergies					
Point	La nature de la maladie ; soins, hôpital ou médecin traitant, réapparition et conséquences				Autres
					<input type="checkbox"/> cf. annexe _____ <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nb d'annexes _____
Signature de la personne examinée	Je soussigné(e) certifie que les renseignements portés ci-dessus sont exacts et complets				
	Signature				

L'avis du médecin

 Je ne connais pas son état de santé Je connais son état de santé

Le suivi de l'état de santé du candidat /de la candidate:

1) personnellement depuis l'an _____

2) dans les dossiers depuis l'an _____

Point Examens médicaux (laboratoire, audiométriques), cf. annexe

Vision sans lunettes d/g

Vision avec lunettes d/g

Oeil droit sf sf D | cyl D | ax °

Oeil gauche sf D | cyl D | ax °

Autres cf. annexe _____ Oui Non Nb d'annexes _____

Avis concernant l'aptitude au service militaire

<input type="checkbox"/> favorable <input type="checkbox"/> favorable avec réserve (cf. ci-dessus) <input type="checkbox"/> avis non favorable (cf. ci-dessus)			
Avis du 1er médecin (examen préalable) Sur la base de ce bilan de santé, la personne examinée est apte à effectuer son service militaire dans la catégorie <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> E _____ ans		Avis du 2e médecin (recrutement) Sur la base de ce bilan de santé, la personne examinée est apte à effectuer son service militaire dans la catégorie <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> E _____ ans	
Codes CIM		Codes CIM	
Autres remarques (restrictions éventuelles)		Autres remarques (restrictions éventuelles)	
Date et signature du médecin		Date et signature du médecin	
Nom en lettres capitales, cachet Fonction, établissement		Nom en lettres capitales, cachet Fonction, établissement	

Bureau régional/Décision du jury de l'incorporation

Date	Bureau régional/Jury de l'incorporation	Catégorie du service
Grade, nom et fonction de celui qui a pris cette décision		