



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

 favorable favorable avec réserve (cf. ci-dessus) 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	Codes CIM	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
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		