



Données personnelles

Nom		Prénoms		Numéro national d'identité	
Adresse		Code postal	Bureau de poste /ville	Téléphone	Courrier électronique
Proche /membre de famille		Téléphone		Courrier électronique	
État actuel des études <input type="checkbox"/> je n'étudie pas <input type="checkbox"/> j'étudie, les études se poursuivent, se terminent _____			je ne travaille pas <input type="checkbox"/> je travaille, où _____		
Nom de l'établissement d'enseignement, discipline ou faculté (avec précision)			Profession		
Permis de conduire	Catégorie de permis	Pas de permis de conduire, les cours inachevés	Permis de classe, à quel stade	Activité sportive	Sport /niveau
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	_____	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	_____	<input type="checkbox"/> professionnel / de compétition <input type="checkbox"/> sportif de loisir	_____
Activités de loisir					

Souhaits concernant le futur service

Je postule pour : (Si vous cherchez à vous joindre aux forces spéciales, vous devrez faire une demande distincte.) <input type="checkbox"/> Formation des parachutistes <input type="checkbox"/> Gardes-frontières <input type="checkbox"/> École militaire des sports <input type="checkbox"/> Form de guerre électr. <input type="checkbox"/> Armée de l'Air /conscrits <input type="checkbox"/> Force intl d'intervention <input type="checkbox"/> Musicien militaire <input type="checkbox"/> Plongeur	Date de commencement souhaitée au cours des trois années suivant l'incorporation: 1)			Souhaits concernant l'unité ou le lieu d'affectation 1) 1. _____ 2. _____ 3. _____ <input type="checkbox"/> Aucune préférence
	1re année _____ <input type="checkbox"/> I contingent jan. <input type="checkbox"/> II contingent juil.	2e année _____ <input type="checkbox"/> I contingent jan. <input type="checkbox"/> II contingent juil.	3e année _____ <input type="checkbox"/> I contingent jan. <input type="checkbox"/> II contingent juil.	

1) Raisons pour lesquelles je postule pour l'unité choisie et à cette date

Nom	Prénoms
-----	---------

Informations sur la santé et les modes de vie

Êtes-vous en bonne santé? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Croyez-vous d'être capable d'effectuer le service jusqu'à la fin? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> pas d'avis <input type="checkbox"/> non	Quelle est votre attitude lorsque vous entrez en service? <input type="checkbox"/> bon gré <input type="checkbox"/> pas d'avis <input type="checkbox"/> indifférent <input type="checkbox"/> mal gré	
Je m'en sors de l'effort physique pendant le service militaire <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> presque certainement <input type="checkbox"/> pas d'avis <input type="checkbox"/> non		Votre sommeil est <input type="checkbox"/> bon <input type="checkbox"/> problématique <input type="checkbox"/> mauvais	
Médicaments prescrits? Si oui, lesquels? _____		Consommation d'alcool? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> 2 f./mois <input type="checkbox"/> 2 f./sem <input type="checkbox"/> 4 f. ou plus par sem	
<input type="checkbox"/> régulièrement <input type="checkbox"/> de temps en temps _____ <input type="checkbox"/> non		Consommation de produits de tabac? Nbre cigarettes /j ou tabac priser? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui _____	
		Consommation de drogues? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> souvent	

Maladies et symptômes

<p>Avez-vous une maladie ou des symptômes (répondez en cochant oui ou non).</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">oui</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">non</td> <td style="width: 80%;">1. Troubles musculo-squelettiques ou un accident</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>a) dos</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>b) genou</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>c) cheville</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>d) restrictions concernant l'activité physique à l'école</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>e) autre</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>2. Affections du métabolisme, maladies endocrines ou nutritionnelles (comme l'hyperthyroïdie et le diabète)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>3. Troubles cardio-vasculaires (comme la maladie cardiaque, l'hypertension, l'arythmie)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>4. Maladies respiratoires (telle que l'asthme)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>5. Allergie ou maladie de la peau</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>6. Maladie du système nerveux (comme le mal de tête, la migraine ou l'épilepsie)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>7. Malformations congénitales</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>8. Maladies de l'œil et des oreilles</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>9. Soins hospitalier ou opérations</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>10. Troubles mentaux, problèmes de concentration, nervosité, dépression</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>11. Avez-vous consulté un thérapeute pour des troubles ou symptômes mentaux</td> </tr> </table>	oui	non	1. Troubles musculo-squelettiques ou un accident	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a) dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b) genou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c) cheville	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d) restrictions concernant l'activité physique à l'école	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e) autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Affections du métabolisme, maladies endocrines ou nutritionnelles (comme l'hyperthyroïdie et le diabète)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Troubles cardio-vasculaires (comme la maladie cardiaque, l'hypertension, l'arythmie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Maladies respiratoires (telle que l'asthme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Allergie ou maladie de la peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Maladie du système nerveux (comme le mal de tête, la migraine ou l'épilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Malformations congénitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Maladies de l'œil et des oreilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Soins hospitalier ou opérations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Troubles mentaux, problèmes de concentration, nervosité, dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Avez-vous consulté un thérapeute pour des troubles ou symptômes mentaux	<p>En cas de réponse affirmative, veuillez préciser la nature de la maladie et des symptômes. Où est-ce que vous avez été soigné(e) et quand? Précisez en particulier si le traitement est en cours ou vous avez des restrictions de participation.</p>
oui	non	1. Troubles musculo-squelettiques ou un accident																																															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a) dos																																															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b) genou																																															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c) cheville																																															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d) restrictions concernant l'activité physique à l'école																																															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e) autre																																															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Affections du métabolisme, maladies endocrines ou nutritionnelles (comme l'hyperthyroïdie et le diabète)																																															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Troubles cardio-vasculaires (comme la maladie cardiaque, l'hypertension, l'arythmie)																																															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Maladies respiratoires (telle que l'asthme)																																															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Allergie ou maladie de la peau																																															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Maladie du système nerveux (comme le mal de tête, la migraine ou l'épilepsie)																																															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Malformations congénitales																																															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Maladies de l'œil et des oreilles																																															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Soins hospitalier ou opérations																																															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Troubles mentaux, problèmes de concentration, nervosité, dépression																																															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Avez-vous consulté un thérapeute pour des troubles ou symptômes mentaux																																															

Signature de la personne se présentant à l'incorporation. Je confirme avoir répondu de manière véridique à toutes les questions.

Les informations demandées dans le présent formulaire sont inscrites dans le registre de conscrits au sens de l'article 4, paragraphe 1, point 1, de la loi (332/2019) relative au traitement des données à caractère personnel au sein des Forces de défense. Selon son paragraphe 3, le responsable du traitement est l'Etat-major des Forces de défense. L'utilisation du registre de conscrits est prévue dans l'article 5 de la loi relative au traitement des données à caractère personnel au sein des Forces de défense. Le traitement des données à caractère personnel au sein des Forces de défense est également soumis à l'article 10, paragraphe 2 (à l'exception de l'article 54, chapitre 7) de la loi (1054/2018) relative au traitement des données à caractère personnel en matière pénale et dans le cadre de la sécurité nationale.

Bilan de santé préalable (Signature à la maison/au centre de santé)	Examen médical d'incorporation Données modifiées <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Examen médical dans l'unité Données modifiées <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Date et signature	Date et signature	Date et signature

A remplir et à rapporter lors de l'examen médical d'incorporation.