



Personuppgifter

Efternamn		Alla förnamn		Personbeteckning
Nuvarande adress	Postnummer	Postanstalt	Telefon	E-post
Närmaste anhörig	Telefon		E-post	
Information om studier				
☐ jag studerar inte ☐ jag studerar, skolan är oavslutad, avslutas den _____			☐ jag jobbar inte ☐ jag jobbar, var _____	
Skolans namn, linje, studieinriktning eller fakultet (detaljerat angivet)			Nuvarande yrke	
Modersmål				
☐ Finska ☐ Svenska ☐ Annat: _____				
Körkort	Körkortsklass	Om körkort saknas, pågår din körkortsutbildning? Körkortsklass och förarutbildningsskede		Typ av idrott
☐ ja ☐ nej _____	☐ ja ☐ nej _____			☐ proffs-/tävlingssidrottare ☐ motionsidrottare
Fritidsaktiviteter				

Önskemål gällande tjänstgöringen

Jag önskar inleda tjänstgöringen under ansökningsåret eller under de tre därpå följande åren 1)				Jag önskar som truppförband eller tjänstgöringsort 1)	
Ansökningsår _____	1:a året, år _____ ☐ I kont. januari ☐ II kont. juli	2:a året, år _____ ☐ I kont. januari ☐ II kont. juli	3:e året, år _____ ☐ I kont. januari ☐ II kont. juli	1. _____ 2. _____ 3. _____ ☐ vilken som helst	
Jag kommer att söka till: (Om du tänker söka till specialtrupperna ska du göra det genom en separat ansökan.)				1) Motivering till varför jag önskar tjänstgöra vid ovannämnda truppförband med början från angivna tidpunkt	
☐ Fallskärmsjägarskolan ☐ Idrottsskolan ☐ Flygvapnets beväringkurser ☐ Militärmusiker ☐ Dykare				☐ Specialgränsjägare ☐ Utbildning inom elektronisk krigföring ☐ Internationell beredskapsstyrka ☐ Cyberberväringsutbildning	

Myndigheterna har tystnadsplikt gällande angivna uppgifter.

Fortsätter på nästa sida.

Fyll i blanketten och ta med den till hälsoundersökningen som görs på förhand.

		Efternamn		Alla förnamn	
Allmänna uppgifter gällande hälsotillstånd och livsstil					
Känner du dig frisk?		Längd		Vikt	
☐ ja ☐ nej		cm		kg	
Hur bra sover du?		Använder du receptbelagda läkemedel?		Jag klarar av den fysiska belastningen under den frivilliga militärtjänsten för kvinnor	
☐ bra ☐ problem ibland ☐ dåligt		☐ regelbundet ☐ ibland		☐ ja ☐ troligen ☐ vet ej	
				☐ nej	
Sjukdomar och symptom					
Har du haft följande sjukdomar eller symptom (kryssa för antingen ja eller nej på alla frågorna)?				Ange här närmare information om sjukdomarna och symptomen, ifall du har svarat jakande på föregående fråga.Var har du vårdats och när? Ange i synnerhet sådana behandlingar som fortfarande pågår eller om du har betydande funktionsnedsättningar.	
ja nej ☐ ☐ 1. Rörelseorganens sjukdomar eller olycksfall a) rygg b) knä c) vrist d) rörelsehinder i skolan e) övrig ☐ ☐ 2. Ämnesomsättnings- och näringssjukdomar samt endokrina sjukdomar (t.ex. underfunktion i sköldkörteln, diabetes) ☐ ☐ 3. Hjärt-kärlsjukdomar (t.ex. hjärtfel, högt blodtryck, upprepade rytmrubbningar) ☐ ☐ 4. Sjukdomar i andningsorganen (t.ex. astma) ☐ ☐ 5. Allergi eller hudsjukdom ☐ ☐ 6. Sjukdomar i nervsystemet (t.ex. huvudvärk, migrän eller epilepsi) ☐ ☐ 7. Medfödda missbildningar ☐ ☐ 8. Ögon- och öronsjukdomar ☐ ☐ 9. Sjukhusvård eller operationer ☐ ☐ 10. Psykiska störningar, koncentrationssvårigheter, nervositet, depression ☐ ☐ 11. Har du varit i behandling för psykiska störningar eller symptom					