



Henkilötiedot

Sukunimi		Etunimet		Henkilötunnus		
Nykyinen lähiosoite		Postinumero	Postitoimipaikka	Puhelin	Sähköposti	
Lähin omainen		Puhelin		Sähköposti		
Opintojen nykytila <input type="checkbox"/> en opiskele <input type="checkbox"/> opiskelen, koulu on kesken, päättyy _____			<input type="checkbox"/> en ole töissä <input type="checkbox"/> olen töissä, missä _____			
Oppilaitoksen nimi, linja, opintosuunta tai tiedekunta (tarkoin)			Nykyinen ammatti			
Ajokortti <input type="checkbox"/> on <input type="checkbox"/> ei _____	Ajokorttiluokka _____	Harjoitusvaihe suoritettu <input type="checkbox"/> on <input type="checkbox"/> ei _____	Syventävä vaihe suoritettu <input type="checkbox"/> on <input type="checkbox"/> ei _____	Milloin lopullinen ajokortti hallussa ? _____	Urheilumuoto <input type="checkbox"/> ammatti-/kilpaurheilija <input type="checkbox"/> kuntourheilija	Urheilulaji/-taso
Harrastukset						

Tulevaa palvelusta koskevat toivomukset

Tulen pyrkimään : (Hakemus tehtävä erikseen)		Toivon palveluksen aloittamisajankohdaksi kutsuntojen jälkeisinä kolmena seuraavana vuotena: 1)			Toivon joukko-osastoksi tai palvelupaikkakunnaksi 1)	
<input type="checkbox"/> Laskuvarjojääkärikouluun	<input type="checkbox"/> Erikoisrajajääkäriksi	1. vuosi v. _____	2. vuosi v. _____	3. vuosi v. _____	1. _____	
<input type="checkbox"/> Urheilukouluun	<input type="checkbox"/> ELSO-koulutukseen	<input type="checkbox"/> I erä tammikuu	<input type="checkbox"/> I erä tammikuu	<input type="checkbox"/> I erä tammikuu	2. _____	
<input type="checkbox"/> Ilmavoimien varusmieskursseille	<input type="checkbox"/> Kansainvälisiin valmiusjoukkoihin	<input type="checkbox"/> II erä heinäkuu	<input type="checkbox"/> II erä heinäkuu	<input type="checkbox"/> II erä heinäkuu	3. _____	
<input type="checkbox"/> Sotilassoittajaksi					<input type="checkbox"/> mikä vain	
<input type="checkbox"/> Sueltajaksi						

1) Perustelut, joiden vuoksi toivon palvelukseen kyseisiin joukko-osastoihin toivomanani aloittamisajankohtana

Terveyttä ja elämäntapoja koskevat tiedot

Tunnetko olevasi terve ?		Uskotko, että kykenet suorittamaan palveluksen loppuun asti ?		Minkälaisin ajatuksin tulet varusmiespalvelukseen?	
<input type="checkbox"/> kyllä	<input type="checkbox"/> en	<input type="checkbox"/> kyllä	<input type="checkbox"/> en osaa sanoa <input type="checkbox"/> en	<input type="checkbox"/> mielelläni	<input type="checkbox"/> en osaa sanoa <input type="checkbox"/> en ole kiinnostunut <input type="checkbox"/> vastentahtoisesti
Selviän fyysisestä rasituksesta varusmiespalveluksen aikana			Miten hyvin nuket ?		Pituus
<input type="checkbox"/> kyllä	<input type="checkbox"/> melko varmasti	<input type="checkbox"/> en osaa sanoa <input type="checkbox"/> en	<input type="checkbox"/> hyvin	<input type="checkbox"/> ajoittain ongelmia	<input type="checkbox"/> huonosti
Käytätkö reseptilääkkeitä?			Käytätkö alkoholia?		Käytätkö tupakkatuotteita? Keskimäärin savukkeita/vrk tai nuuskapusseja ?
Jos käytät, niin mitä?			en		en
<input type="checkbox"/> säännöllisesti	<input type="checkbox"/> joskus	<input type="checkbox"/> en	<input type="checkbox"/> en	<input type="checkbox"/> pari krt/kk	<input type="checkbox"/> pari krt/vko
			<input type="checkbox"/> 4 krt tai useammin viikossa		<input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> kyllä
					<input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> joskus <input type="checkbox"/> usein

Sairaudet ja oireet

Onko sinulla ollut seuraavia sairauksia tai oireita (vastaa rastittamalla kaikkien kysymyksiin kohdalla kyllä tai ei).

- kyllä** **ei** **1. Tuki- ja liikuntaelinsairaus tai tapaturma**
- a) selkä
- b) polvi
- c) nilkka
- d) liikuntarajoituksia koulussa
- e) jokin muu

- 2. Aineenvaihdunta-, umpieritys- ja ravitsemussairauksia (kuten kilpirauhasen vajaatoiminta, sokeritauti)**
- 3. Sydän ja verisuonisairauksia (kuten sydänvika, kohonnut verenpaine, toistuvia rytmihäiriöitä)**
- 4. Hengityselinsairauksia (kuten astma)**
- 5. Allergia tai ihosairaus**
- 6. Hermoston sairaus (kuten päänsärkyä, migreeni tai epilepsia)**
- 7. Synnynnäisiä epämuodostumia**
- 8. Silmän ja korvan sairaudet**
- 9. Sairaaloahoitoja tai leikkauksia**
- 10. Mielen terveyden häiriöitä, keskittymisvaikeuksia, hermostuneisuutta, masennusta**
- 11. Oletko käynyt ammattilaisen luona mielen terveyden häiriöiden tai oireiden takia**

Mikäli olet vastannut myöntävästi edellisiin kohtiin, anna lisätietoja sairauksista ja oireista. Missä sinua on hoidettu ja milloin? Mainitse erityisesti, mikäli jokin hoito on kesken tai sinulla on merkittäviä toimintarajoituksia.

Kutsunnaalaisen allekirjoitukset. Vakuutan vastanneeni salaamatta tai liioittelematta edellä esitettyihin kysymyksiin.

Ennakkoterweistarkastus (Allekirjoitus kotona/terveyskeskuksessa)	Kutsuntatarkastus Tiedot muuttuneet	<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	Joukko-osaston tulotarkastus Tiedot muuttuneet	<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei
Päiväys ja allekirjoitus	Päiväys ja allekirjoitus		Päiväys ja allekirjoitus	