



Données personnelles

Souhaits concernant le futur service

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

Suite page suivante.

		Nom		Prénoms	
Informations sur la santé et les modes de vie					
Êtes-vous en bonne santé?		Croyez-vous d'être capable d'effectuer le service jusqu'à la fin?		Quelle est votre attitude lorsque vous entrez en service?	
☐ oui	☐ non	☐ oui	☐ pas d'avis	☐ non	☐ bon gré ☐ pas d'avis ☐ indifférent ☐ mal gré
Je m'en sors de l'effort physique pendant le service militaire		Votre sommeil est		Votre taille	Votre poids
☐ oui	☐ presque certainement	☐ pas d'avis	☐ non	☐ bon	☐ problématique
				☐ mauvais	☐ cm
Médicaments prescrits?		Si oui, lesquels?		Consommation d'alcool?	Consommation de produits de tabac? Nbre cigarettes /j ou tabac priser?
☐ régulièrement	☐ de temps en temps	☐ non	☐ non	☐ 2 f./mois ☐ 2 f./sem ☐ 4 f. ou plus par sem	☐ non ☐ oui
				☐ non	☐ parfois
				☐ souvent	
Maladies et symptômes					
Avez-vous une maladie ou des symptômes (répondez en cochant oui ou non).			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.		
☐ oui	☐ non	1. Troubles musculo-squelettiques ou un accident ☐ a) dos ☐ b) genou ☐ c) cheville ☐ d) restrictions concernant l'activité physique à l'école ☐ e) autre			
☐	☐	2. Affections du métabolisme, maladies endocrines ou nutritionnelles (comme l'hyperthyroïdie et le diabète)			
☐	☐	3. Troubles cardio-vasculaires (comme la maladie cardiaque, l'hypertension, l'arythmie)			
☐	☐	4. Maladies respiratoires (telle que l'asthme)			
☐	☐	5. Allergie ou maladie de la peau			
☐	☐	6. Maladie du système nerveux (comme le mal de tête, la migraine ou l'épilepsie)			
☐	☐	7. Malformations congénitales			
☐	☐	8. Maladies de l'œil et des oreilles			
☐	☐	9. Soins hospitalier ou opérations			
☐	☐	10. Troubles mentaux, problèmes de concentration, nervosité, dépression			
☐	☐	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		Examen médical d'incorporation		Examen médical dans l'unité	
(Signature à la maison/au centre de santé)		Données modifiées ☐ oui ☐ non		Données modifiées ☐ oui ☐ non	
Date et signature		Date et signature		Date et signature	