

# Certificat Médical (CM3)

Je soussigné(e) : .....

Certifie avoir examiné le (la) nommée : .....

Né(e) le : ..... à : ..... Sexe : .....

Domicile : ..... N° d'Inscription au concours : .....

Répondre au questionnaire médical en cochant la case correspondante :  OUI  NON  
Si réponse inconnue, mentionner NSP (ne sais pas) face à la question

## Antécédents familiaux :

Age du père : ans ; est-il malade  OUI  NON

Si OUI. Quelle est sa maladie :

Si décédé. Quelle est sa cause :

Age de la mère : ans ; est-elle malade  OUI  NON

Si OUI. Quelle est sa maladie :

Si décédée. Quelle est sa cause :

Un des membres de votre famille (parents, grands-pères, frère, sœur, tante, oncle, cousin, cousine) a-t-il ou a-t-elle eu une de ces maladies :

Asthme :  OUI  NON

Tuberculose :  OUI  NON

Hypertension artériel ou maladie du cœur  OUI  NON

Mort subit (d'effort ou NON)  OUI  NON

Diabète :  OUI  NON

Cancer :  OUI  NON

Maladie nerveuse :  OUI  NON

Autre maladie :  OUI  NON

## Antécédents médico personnel :

Avez-vous eu une des maladies suivantes :

Bronchite fréquente :  OUI  NON

Asthme :  OUI  NON

Tuberculose :  OUI  NON

Syncope, évanouissement :  OUI  NON

Palpitation :  OUI  NON

Hypertension artérielle ou maladie du cœur :  OUI  NON

Si OUI. Précisez :

Manifestation d'intolérance à l'effort (malaise divers)  OUI  NON

Si OUI. Précisez :

Diabète :  OUI  NON

Jaunisse, hépatite  OUI  NON

Si OUI. Précisez :

Ulcère d'estomac :  OUI  NON

**NB** : - Visite médicale effectuée au Centre Hospitalier Régional (CHR) ou Centre Hospitalier Universitaire (CHU).

- Critères d'inaptitude physique et médicale à l'exercice du métier policier.

- Cette fiche doit être remise au candidat sous plis fermé avec le seau CONFIDENTIEL.

- Autres troubles digestifs :  OUI  NON  
 Anomalie dans les urines :  OUI  NON  
     Si OUI. Précisez :  
 Calcul rénal ou urinaire :  OUI  NON  
 Rhumatisme articulaire aigu :  OUI  NON  
 Méningite, encéphalite :  OUI  NON  
 Epilepsie, convulsion :  OUI  NON  
 Paralyse :  OUI  NON  
 Maladie gynécologique :  OUI  NON  
 Autres maladies :  OUI  NON  
     Si OUI. Précisez :  
 Avez-vous déjà été hospitalisé  OUI  NON  
     Si OUI. Précisez le motif :

**Terrain allergique.**

- Etes-vous allergique à certains médicaments :  OUI  NON  
     Si OUI. Lesquels :  
 Avez-vous des allergies cutanées (urticaire et eczéma)  OUI  NON  
 Avez-vous des allergies respiratoires (asthme, rhume des foies)  OUI  NON  
 Avez-vous des contres indications aux vaccinations :  OUI  NON  
     Si OUI. Lesquels :  
 Avez-vous une allergie aux piqûres de guêpes ou d'abeilles :  OUI  NON  
     Si OUI. Avez-vous été sensibilisé

**Antécédents chirurgicaux et traumatique.**

- Avez-vous subi une intervention chirurgicale pour une de ces problèmes :  
 Appendice :  OUI  NON  
 Hernie(s) :  OUI  NON  
 Autres à préciser :  OUI  NON  
 Avez-vous eu une anesthésie générale :  OUI  NON  
 Avez-vous été victime d'un traumatisme crânien :  OUI  NON  
     Si OUI. Y avait-il eu perte de connaissance  OUI  NON  
     Vous reste-t-il des séquelles  OUI  NON  
 Avez-vous eu des fractures des membres  OUI  NON  
     Si OUI. A quels membres  OUI  NON  
     Etes- vous encore porteur de broche, clou, vis ou plaque  OUI  NON  
 Avez-vous eu des problèmes aux genoux (blocages, douleurs, entorses)  OUI  NON  
 Autres antécédents (luxations, entorses) :  OUI  NON  
     Si OUI. Précisez :

**Yeux :**

- Potez-vous des lunettes :  OUI  NON  
 Portez-vous des lentilles ou verres de contactes  OUI  NON  
 Avez-vous des problèmes de vision des couleurs  OUI  NON  
 Avez-vous eu une blessure ou un traumatisme de l'œil  OUI  NON  
 Avez-vous eu d'autre maladie des yeux  OUI  NON  
 Avez-vous bénéficié d'un traitement chirurgical de la myopie(laser, etc..)  OUI  NON

**Nez, gorge, oreilles, dents**

- Ecoulement nasal  OUI  NON

**NB : - Visite médicale effectuée au Centre Hospitalier Régional (CHR) ou Centre Hospitalier Universitaire (CHU).**

**- Critères d'inaptitude physique et médicale à l'exercice du métier policier.**

**- Cette fiche doit être remise au candidat sous plis fermé avec le seau CONFIDENTIEL.**

Avez-vous des maladies des oreilles ou des sinus ou du cou  OUI  NON  
Avez-vous des troubles de l'équilibre  OUI  NON  
Avez-vous été opéré des oreilles ou du nez ou des sinus ou du cou  OUI  NON  
Utilisez-vous régulièrement un écouteur  OUI  NON  
Avez-vous des caries dentaires  OUI  NON

### **Colonne vertébrale**

Souffrez-vous du dos ou de la colonne vertébrale  OUI  NON  
Si OUI :  
Est-ce en permanence  OUI  NON  
Après effort  OUI  NON  
Les douleurs sont-elles apparues après un accident  OUI  NON

### **Trouble nerveux**

Avez-vous fréquemment mal à la tête  OUI  NON  
Avez-vous eu des évanouissements en dehors d'un traumatisme  OUI  NON  
Avez-vous eu une maladie nerveuse, une dépression  OUI  NON  
Avez-vous eu des crises de nerfs ou des colères violentes  OUI  NON  
Avez-vous fait une ou plusieurs tentatives de suicide  OUI  NON  
Avez-vous eu des troubles de l'alimentation (anorexie, boulimie)  OUI  NON  
Avez-vous été ou êtes-vous actuellement en traitement pour troubles nerveux  OUI  NON  
Avez-vous vous uriné au lit après l'âge de 7 ans  OUI  NON  
Avez-vous été en institut médico-pédagogique  OUI  NON

### **Habitude de vie**

Faites-vous du sport  OUI  NON  
Si OUI  
Indiquez le ou les sports pratiqués :  
Depuis quand et nombres d'heures par semaine :  
Etes-vous fumeur habituel de tabac  OUI  NON  
Buvez-vous des boissons alcoolisées (bière, vin, apéritif, ...)  OUI  NON

Avez-vous déjà consommé des drogues ou des toxiques  OUI  NON  
Si OUI,  
Précisez lesquels :  
En avez-vous pris récemment  OUI  NON  
Etes-vous sous traitement substitutif  OUI  NON  
Avez-vous été traité pour maladie sexuelle  OUI  NON  
Avez-vous bénéficié d'un dépistage du VIH  OUI  NON  
Etes-vous donneur de sang régulier  OUI  NON

### **Traitement**

Pensez-vous un traitement médicamenteux actuellement  OUI  NON  
Si OUI, quel médicament :

### **Autre(s) maladie(s) non signalée(s) dans le questionnaire**

Laquelle (lesquelles)

### **Renseignement complémentaires**

**NB : - Visite médicale effectuée au Centre Hospitalier Régional (CHR) ou Centre Hospitalier Universitaire (CHU).**

**- Critères d'inaptitude physique et médicale à l'exercice du métier policier.**

**- Cette fiche doit être remise au candidat sous pli fermé avec le seau CONFIDENTIEL.**

Est-ce votre première visite médicale pour l'admission dans la police

OUI  NON

Avez-vous déjà servi dans la police

OUI  NON

Si OUI: avez-vous eu des problèmes médicaux

OUI  NON

Si OUI, lesquels

**Coordonné de votre médecin traitant habituel**

Nom et prénom

Adresse

Code postale et ville

Téléphone

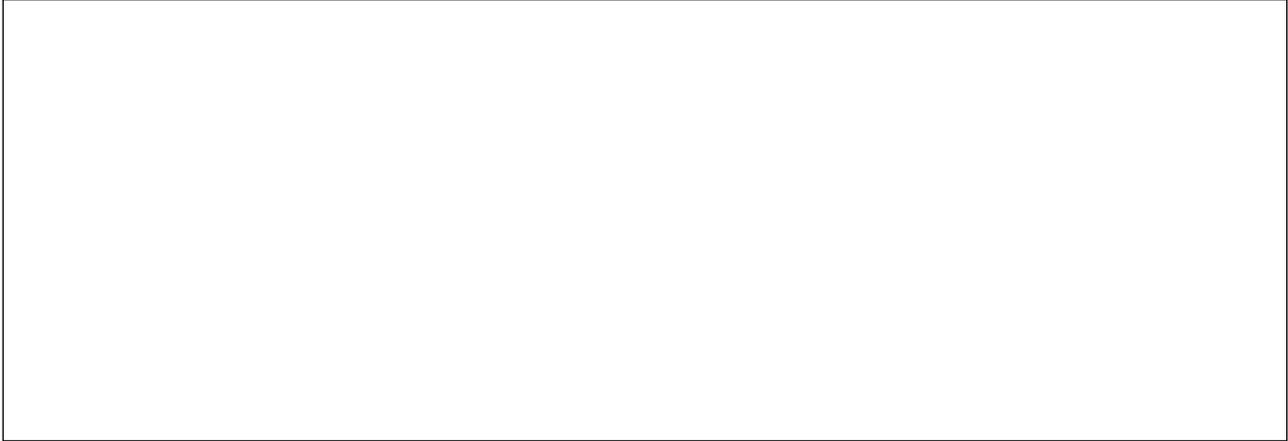
**Je soussigné(e) certifie avoir répondu de façon sincère au présent questionnaire et ne pas avoir connaissance de troubles de mon état de santé autres que ceux signalés**

Date et signature du candidat

**NB : - Visite médicale effectuée au Centre Hospitalier Régional (CHR) ou Centre Hospitalier Universitaire (CHU).**

**- Critères d'inaptitude physique et médicale à l'exercice du métier policier.**

**- Cette fiche doit être remise au candidat sous plis fermé avec le seau CONFIDENTIEL.**



### CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE INITIALE

(Certificat à remettre au candidat sous pli cacheté « confidentiel médical »)

Je soussigné(e), médecin

Après avoir examiné M., Mme, Mlle

Né(e) le

Demeurant à           Code postal

Certifie avoir fait les constatations suivantes :

#### SIGLE G

Biométrie : Taille (cm) :     Poids (en kg) :

Indice de masse corporel :

Dermatoses :

Cicatrices (description) :

Tatouages (description) :

Rachis :

Sangle abdominale :

**NB** : - Visite médicale effectuée au Centre Hospitalier Régional (CHR) ou Centre Hospitalier Universitaire (CHU).

- Critères d'inaptitude physique et médicale à l'exercice du métier policier.

- Cette fiche doit être remise au candidat sous plis fermé avec le seau CONFIDENTIEL.

Antécédents médicaux et chirurgicaux :

Allergies identifiées :

Etat vaccinal : Connu  Non connu

Vaccins	Date dernière vaccination
BCG	
Diphtérie, tétanos, polio	
Coqueluche	
RO Rubéole	
Méningite à méningo	
Hépatite B	
Hépatite A	
Fièvre jaune	
Typhoïde	

### Appareil respiratoire

Examen clinique

*Examen paraclinique*

*RCP :*

### Appareil circulatoire

Pouls :

Tension artérielle :

Examen clinique

Cœur

Systeme circulatoire artériel

Systeme circulatoire veineux

Varices

Hémorroïdes

**NB : - Visite médicale effectuée au Centre Hospitalier Régional (CHR) ou Centre Hospitalier Universitaire (CHU).**

**- Critères d'inaptitude physique et médicale à l'exercice du métier policier.**

**- Cette fiche doit être remise au candidat sous plis fermé avec le seau CONFIDENTIEL.**

Etat bucco-dentaire : Satisfaisant  Déficient

Caries dentaires multiples

Maxillaire droit	Valeur : 2 5 5 3 3 4 1 2 Dents : 8 7 6 6 5 4 3 2 1	2 1 4 3 3 5 5 2 : Valeur 1 2 3 4 5 6 7 8 : Dents	Maxillaire gauche
	Dents : 8 7 6 5 4 3 2 1 Valeur : 3 5 5 3 3 4 1 1	1 2 3 4 5 6 7 8 : Dents 1 1 4 3 3 5 5 3 : Valeur	

Articulé dentaire : coefficient de mastication  100

### Appareil digestif

Examen clinique

Hémorroïdes

Examen paraclinique

### Appareil genito-urinaire :

Examen clinique

Analyse des urines : A.S.A

Ionogramme sanguin :

Recherche de  $\beta$ HCG

Examen gynécologique

Situation obstétricale : Apte  Inapte temporaire

### Appareil neurologique

Antécédents (traumatisme crânien, perte de connaissance, comitialité, ..) :

Examen clinique :

Examen paraclinique :

**NB** : - Visite médicale effectuée au Centre Hospitalier Régional (CHR) ou Centre Hospitalier Universitaire (CHU).

- Critères d'inaptitude physique et médicale à l'exercice du métier policier.

- Cette fiche doit être remise au candidat sous pli fermé avec le seau CONFIDENTIEL.

**Glandes endocrines :**

Clinique

**Appareil spleno-ganglionnaire :**

**Peau et muqueuses :**

M **SIGLE S=** MEMBRES SUPERIEURS

**SIGLE I=** MEMBRES INFERIEURS :

**SIGLE Y=** YEUX ET VISION :

Expertise par un spécialiste : OUI  NON

Antécédents :

Examen clinique :

Examen paraclinique :

	Acuité visuelle		Correction inadaptée	Milieux transparent	Fond d'œil	Vision binoculaire
	Sans correction	Avec correction				
OD						
OG						

**SIGLE C=** SENS CHROMATIQUE

Expertise par un spécialiste : OUI  NON

Test de capacité chromatique professionnelle : Satisfaisant  Non satisfaisant

**SIGLE O=** OUVRIERIE effectuée au Centre Hospitalier Régional (CHR) ou Centre Hospitalier Universitaire (CHU).  
aptitude physique et médicale à l'exercice du métier policier.

- Cette fiche doit être remise au candidat sous plis fermé avec le seau CONFIDENTIEL.

## OREILLES ET AUDITION

Expertise par un spécialiste : OUI  NON

Antécédents :

Troubles fonctionnels (labyrinthique ou particulier)

Examen des tympan

**Acuité auditive** : voix chuchotée

1m droite : ..... gauche : .....

5m droite : ..... gauche : .....

Examens paracliniques

**SIGLE P =**

**PSYCHISME :**

Antécédents :

Conduites addictives (alcool, drogues, médicaments détournés de leur usage) :

Constatation et observations :

Aptitude particulière à l'entrée dans la police

- Absence de toxicomanie avérée ou décelée cliniquement ou biologiquement
- Absence de bégaiement prononcé
- Non contre-indication au port d'arme

**Constatations diverses :**

**NB** : - Visite médicale effectuée au Centre Hospitalier Régional (CHR) ou Centre Hospitalier Universitaire (CHU).  
- Critères d'inaptitude physique et médicale à l'exercice du métier policier.  
- Cette fiche doit être remise au candidat sous plis fermé avec le seau CONFIDENTIEL.

### Synthèse du dossier médical

En conséquence, M. , Mme., Mlle.,

Présente le profil médical suivant :

S	I	G	Y	C	O	P

Ne présente ce jour aucune affection patente:

Présente ce jour une affection patente :

APTE

INAPTE

A titre temporaire

A titre définitif

A

, le

--	--

--	--

--	--	--	--	--	--

**NB : - Visite médicale effectuée au Centre Hospitalier Régional (CHR) ou Centre Hospitalier Universitaire (CHU).  
- Critères d'inaptitude physique et médicale à l'exercice du métier policier.  
- Cette fiche doit être remise au candidat sous plis fermé avec le seau CONFIDENTIEL.**