



MINISTRE DE LA SECURITE PUBLIQUE

CERTIFICAT MEDICAL N° 3  
(CM3)

Nom et Prénoms : .....

Date de naissance : ..... à : ..... Sexe : .....

Adresse : .....

Situation de famille : ..... Nombre d'enfant : ..... Profession actuelle : .....

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 artérielle 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

Autres troubles digestifs : ☐ OUI ☐ NON

Anomalie dans les urines : ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, précisez : .....

Calcul rénal ou urinaire : ☐ OUI ☐ NON

|                                   |                              |                              |
|-----------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Rhumatisme articulaire aigu :     | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Méningite, encéphalite :          | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Epilepsie, convulsion :           | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Paralyse :                        | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Maladie gynécologique :           | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Autres maladies :                 | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Si OUI, précisez : .....          |                              |                              |
| Avez-vous déjà été hospitalisé    | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Si OUI, précisez le motif : ..... |                              |                              |

### **Terrain allergique.**

|                                                                 |                              |                              |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Etes-vous allergique à certains médicaments :                   | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Si OUI, lesquels : .....                                        |                              |                              |
| Avez-vous des allergies cutanées (urticaire et eczéma)          | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Avez-vous des allergies respiratoires (asthme, rhume des foins) | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Avez-vous des contre-indications aux vaccinations :             | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Si OUI, lesquels : .....                                        |                              |                              |
| Avez-vous une allergie aux piqûres de guêpes ou d'abeilles :    | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Si OUI, avez-vous été sensibilisé :                             |                              |                              |
|                                                                 | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

### **Antécédents chirurgicaux et traumatique.**

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

### **Yeux :**

|                                                                               |                              |                              |
|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Posez-vous des lunettes :                                                     | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Portez-vous des lentilles ou verres de contactes :                            | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Avez-vous des problèmes de vision des couleurs :                              | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Avez-vous eu une blessure ou un traumatisme de l'œil :                        | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Avez-vous eu d'autre maladie des yeux :                                       | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Avez-vous bénéficié d'un traitement chirurgical de la myopie (laser, etc..) : | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

### **Nez, gorge, oreilles, dents**

|                                                                     |                              |                              |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Ecoulement nasal :                                                  | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Avez-vous des maladies des oreilles ou des sinus ou du cou :        | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Avez-vous des troubles de l'équilibre :                             | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Avez-vous été opéré des oreilles ou du nez ou des sinus ou du cou : | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Utilisez-vous régulièrement un écouteur :                           | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Avez-vous des caries dentaires :                                    | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

### **Colonne vertébrale**

|                                                      |                              |                              |
|------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Souffrez-vous du dos ou de la colonne vertébrale :   | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Si OUI,                                              |                              |                              |
| est-ce en permanence :                               | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| après effort :                                       | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| les douleurs sont-elles apparues après un accident : | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> 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  
êtes-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**

- 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

Nom et Prénoms : .....

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

Domicile : .....

**CATEGORIE DU CONCOURS :** .....

**CENTRE D'EXAMEN CHOISI :** .....

**N° D'INSCRIPTION :** .....

# **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 :

**GROUPE SANGUIN :** .....

**SIGLE G.**

Biométrie : Taille (cm) : 

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

 Poids (en kg) : 

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

Indice de masse corporel : .....

Dermatoses : .....

Cicatrices (description) : .....

Tatouages (description) : .....

Rachis : .....

Sangle abdominale : .....

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 C                |                           |
| Fièvre jaune              |                           |
| Typhoïde                  |                           |

## **Appareil respiratoire**

Examen clinique

Examen paraclinique

RCP :

## **Appareil circulatoire**

Pouls :

Tension artérielle :

Examen clinique

Cœur

Système circulatoire artériel

Système circulatoire veineux

Varices

Hémorroïdes

Etat bucco-dentaire : Satisfaisant ☐ Déficient ☐

Caries dentaires multiples ☐

Maxillaire  
DROITE

|                                                     |                                                     |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Valeur : 2 5 5 3 3 4 1 2<br>Dents : 8 7 6 5 4 3 2 1 | 2 1 4 3 3 5 5 2 : Valeur<br>1 2 3 4 5 6 7 8 : Dents |
| Dents : 8 7 6 5 4 3 2 1<br>Valeur : 3 5 5 3 3 4 1 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8 : Dents<br>1 1 4 3 3 5 5 3 : Valeur |

Maxillaire  
GAUCHE

Articulé dentaire :

coefficient de mastication  100

### Appareil digestif

Examen clinique

Hémorroïdes

Examen paraclinique

Hépatite B :

Hépatite C :

### Appareil genito-urinaire :

Examen clinique

Examen paraclinique

Recherche de  $\beta$ HCG

TPHA/RPR

Examen gynécologique

Situation obstétricale : Apte ☐

Inapte temporaire ☐

### Appareil neurologique

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

Examen clinique :

Examen paraclinique :

### Glandes endocrines :

Clinique

### Appareil spleno-ganglionnaire :

### Peau et muqueuses :

**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<br>inadaptée | Milieux<br>transparent | Fond<br>d'œil | Vision<br>binoculaire |
|----|--------------------|--------------------|-------------------------|------------------------|---------------|-----------------------|
|    | Sans<br>correction | Avec<br>correction |                         |                        |               |                       |
| OD |                    |                    |                         |                        |               |                       |
| OG |                    |                    |                         |                        |               |                       |

## **SIGLE C = SENS CHROMATIQUE**

Expertise par un spécialiste : OUI ☐ NON ☐  
Test de capacité chromatique professionnelle : Satisfaisant ☐ Non satisfaisant ☐

## **SIGLE O = OREILLES ET AUDITION**

Expertise par un spécialiste : OUI ☐ NON ☐

Antécédents :

Troubles fonctionnels (labyrinthique ou particulier)

Examen des tympans

**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 :**

### SYNTHESE DU DOSSIER MEDICAL

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 

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|