



## CERTIFICAT MEDICAL N° 1 (CM1)

Je soussigné(e) : .....

Lieu de travail : .....

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

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

Domicile : .....

CENTRE D'EXAMEN CHOISI : .....

### 1. EXAMEN CLINIQUE

Taille : ..... Pulsation : .....

Poids : ..... FR : .....

Tension artérielle : ..... Coefficient de mastication : .....

ACUITE VISUELLE

ACUITE AUDITIVE

D

G

D : Sans correction Avec correction

Voix chuchotée

G : Sans correction Avec correction

Voix haute

TEST DE RUFFIER DIESON

IR : .....

VARICE(S) : ..... HEMORROIDE : .....

### 2. EXAMEN PARACLINIQUE

βHCG : .....

Radiographie : .....

VIH : .....

### CONCLUSION:

Aptitude à subir les épreuves physique et sportive préalable à l'engagement.

☐ APTE

☐ INAPTE

Fait à ....., le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

**NB :** - Visite médicale effectuée auprès de l'administration de la santé publique.

- Tous les bilans sont obligatoires.

- Critères d'inaptitude physique et médicale à l'exercice du métier policier (voir au verso).

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

- En cas d'inaptitude, veuillez nous signaler immédiatement par voie message SMS ou WHATSAPP au numéro 0340864311 les identités du candidat (nom et prénoms – catégorie du concours - centre d'examen choisi) et du Médecin (nom et prénoms – lieu du service).