

Cachet de l'organisme dont relève le médecin  
ayant effectué la visite

**CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE INITIALE (1)**  
**CONFIDENTIEL MÉDICAL**

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

Je soussigné(e), médecin (2) .....  
après avoir examiné M<sup>r</sup>, M<sup>me</sup> (3) ..... né(e) le .....  
demeurant à ..... code postal .....  
certifie avoir fait les constatations suivantes :

Antécédents personnels : .....

Antécédents familiaux : .....

Allergies identifiées : .....

Traitement en cours : .....

Etat vaccinal connu  non connu  Joindre une copie du carnet de vaccination

Contre-indication à une vaccination : OUI  NON  Refus de vaccination : OUI  NON

Préciser : .....

**SIGLE G =**

**ASPECT GÉNÉRAL (4) :**

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

Indice de masse corporelle ( $\frac{P}{T^2}$ ) : ..... Périmètre abdominal : .....

Rachis : .....

Sangle abdominale : .....

**Appareil respiratoire**

Examen clinique : .....

Examens para-cliniques (5) : .....

**Appareil circulatoire :**

Pouls : ..... Pression artérielle : .....

**Examen clinique :** .....

**Cœur :** .....

Système circulatoire périphérique artériel : .....

Système circulatoire périphérique veineux : .....

E.C.G (6) : .....

**Appareil digestif :**

Examen clinique : .....

Examens para-cliniques (5) : .....

**Appareil neurologique :**

Examen clinique : .....

Examens para-cliniques (5) : .....

**Etat bucco-dentaire** Satisfaisant  Déficient  Caries dentaires multiples

Soins à prévoir avant l'incorporation : Oui  Non



**Appareil génito-urinaire**

Examen clinique : .....

Analyse des urines : - Protéines : ..... - Glucose (7) : ..... - Sang : .....

- Recherche de β.H.C.G (5) : .....

- Examen gynécologique (8) : .....

- Situation obstétricale : .....Apte  Inapte temporaire

**Glandes endocrines** : .....

**Appareil spléno-ganglionnaire** : .....

**Peau et muqueuses** : .....

**SIGLE S = MEMBRES SUPÉRIEURS :**  
 .....  
 .....

**SIGLE I = MEMBRES INFÉRIEURS :**  
 .....  
 .....

**SIGLE Y = YEUX ET VISION (9) :**  
 Expertise par un spécialiste (10) : ..... OUI  NON   
 Examen clinique : .....  
 Examens paracliniques : .....

	Acuité visuelle		Correction indiquée	Milieux transparents	Fond d'œil	Vision binoculaire
	sans correction	avec correction				
O.D.						
O.G.						

**SIGLE C = SENS CHROMATIQUE :**  
 Expertise par un spécialiste : ..... OUI  NON   
 Test de capacité chromatique professionnelle (10) : .....satisfaisant  non satisfaisant

**SIGLE O =**

**OREILLES ET AUDITION (11) :**

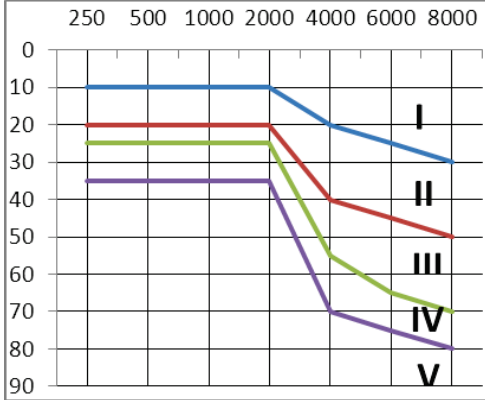
Expertise par un spécialiste : ..... OUI  NON

Troubles fonctionnels : .....

Examen des tympans : .....

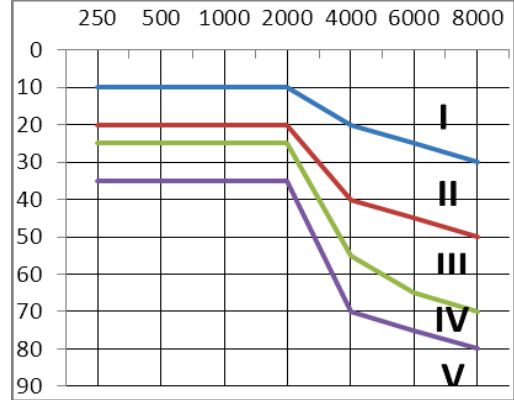
Examens para-cliniques (5) : .....

**AUDIOGRAMME (obligatoire)**



**OG**

O	I	II	III	IV	V
I	1	2	3	4	5
II	2	2	4	5	5
III	3	4	5	5	5
IV	4	5	5	5	6
V	5	5	5	6	6



**OD**

**SIGLE P =**

**PSYCHISME :**

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

Constatations et observations : .....

**Aptitude particulière des candidats à l'entrée dans la Gendarmerie nationale :**

- Absence de toxicomanie avérée ou décelée cliniquement ou biologiquement.
- Absence de bégaiement prononcé.
- Absence de contre-indication apparente au port et à l'usage de l'arme.

CONSTATATIONS DIVERSES (12) : .....

Demande d'avis spécialisé ou examens complémentaires prescrits : .....

En conséquence, j'estime que Mr, Mme (13) : .....

présente le profil médical suivant :

S	I	G	Y	C	O	P

Ne présente ce jour aucune affection apparente contre-indiquant la pratique des épreuves sportives :

Présente ce jour une affection contre-indiquant la pratique des épreuves sportives :

- A titre temporaire

- A titre définitif

A (lieu) , le

Nom, prénom, grade, fonction, unité d'affectation  
et signature du médecin qui a examiné le candidat  
NUMÉRO RPPS

### CARTOUCHE RÉSERVÉ A L'INCORPORATION

- Faits pathologiques nouveaux :

Date d'incorporation	S	I	G	Y	C	O	P
le							

Nom, prénom, grade, fonction, unité d'affectation  
et signature du médecin incorporateur  
NUMÉRO RPPS

(1) Le certificat médical d'aptitude initiale n'a qu'une valeur provisoire. En effet, Les candidats admis bénéficient à leur arrivée dans l'armée choisie d'une visite médicale d'incorporation, à l'issue de laquelle ils peuvent être déclarés inaptes si leur état médico-psychologique ne correspond pas aux conditions exigées pour l'admission à certaines spécialités.

(2) Nom, prénom, grade et fonction du médecin des armées qui a pratiqué l'examen.

(3) Nom (en capitales) et prénoms du (de la) candidat(e) ; pour les femmes mariées, utiliser le nom patronymique puis le nom d'usage.

(4) Impression d'ensemble, type morphologique, musculature, obésité, etc.

(5) Examens complémentaires à ne pratiquer que sur prescription médicale motivée et non à titre systématique (sauf ECG).

(6) L'ECG est pratiqué systématiquement.

(7) Une glycémie capillaire sera réalisée en cas de glycosurie

(8) Examen gynécologique pratiqué uniquement sur symptomatologie fonctionnelle et par un spécialiste.

(9) Pour tout Y > 2, et en cas de doute sur le coefficient 2 ou 3 à attribuer au sigle Y, et en cas de suspicion d'une anomalie à l'interrogatoire ou à l'examen clinique, le candidat sera adressé à la consultation d'ophtalmologie de l'HIA de rattachement (joindre le billet de consultation du spécialiste au présent certificat).

(10) Expertise par un spécialiste militaire obligatoire pour les candidats aux écoles d'officier Marine (joindre le billet de consultation du spécialiste).

(11) Pour tout O > 2, et en cas de doute sur le coefficient 2 ou 3 à attribuer au sigle O, et en cas de suspicion d'une anomalie à l'interrogatoire ou à l'examen clinique, une consultation spécialisée sera demandée (joindre le billet de consultation du spécialiste).

(12) Mentionner ici les traitements en cours.

(13) Inscrire les noms et prénoms du (de la) candidat(e).