



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 : 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 foins) 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 : OUI NON

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
 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

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 Dents : 8 7 6 5 4 3 2 1	2 1 4 3 3 5 5 2 : Valeur 1 2 3 4 5 6 7 8 : Dents
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

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 βHCG
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 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 = 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

--	--

--	--

--	--	--	--