

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) :**

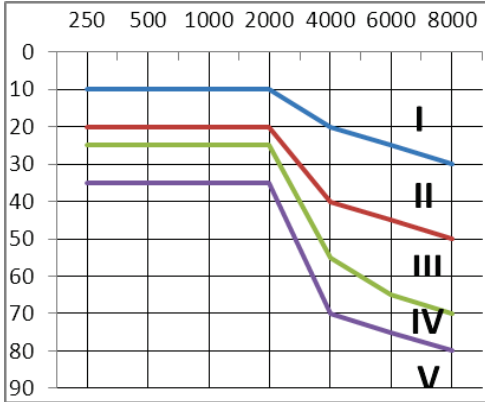
Expertise par un spécialiste : ..... OUI  NON

Troubles fonctionnels : .....

Examen des tympans : .....

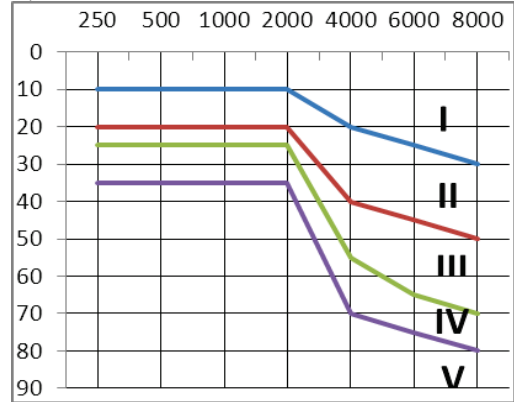
Examens para-cliniques (5) : .....

**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).