



MINISTÈRE DE LA DÉFENSE ET DES ANCIENS COMBATTANTS



DIRECTION CENTRALE
DU SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES

NOM
Prénom
Né(e) le DRSSA/DIASS :
(Ne pas agraffer le haut) (rempli par la DRSSA/DIASS de rattachement)

CONCOURS D'ADMISSION A L'ÉCOLE DE SANTÉ DES ARMÉES ANNÉE 2012 (Catégorie Baccalauréat) Sections médecine et pharmacie

Utilisation de la pochette :

1. - **Date limite de dépôt du dossier d'inscription : 17 février 2012**, le cachet de la poste faisant foi.
2. - **Composition du dossier d'inscription.**

Pièces à présenter dans l'ordre suivant :

- Fiche de candidature remplie, datée et signée (imprimé n°I).
- Consentement du représentant légal pour les candidat(e)s âgé(e)s de moins de 18 ans (imprimé n°II).
- Questionnaire médico-biographique (imprimé n° III), un certificat médical d'aptitude initiale (imprimé n° IV) et un certificat médico-administratif d'aptitude initiale (imprimé n° V) datant de **moins d'un an** à la date de dépôt du dossier, délivrés obligatoirement par un **médecin des armées** ou, à défaut, pour les candidats résidant à l'étranger, par un médecin désigné par l'autorité consulaire, attestant de l'aptitude à l'entrée à l'école de santé des armées; le questionnaire médico-biographique (imprimé n° 620-4*/9) et le certificat médical d'aptitude initiale (imprimé 620-4*/10) sont mis sous enveloppe « confidentiel médical » par le médecin des armées.
- Fiche de connaissance du concours.
- Certificat de scolarité (classe de terminale) ou photocopie du diplôme permettant l'accès à ce concours. La photocopie du diplôme du baccalauréat ainsi que le relevé de notes devront être fournis au plus tard le dernier jour de l'oral.
- Photocopie recto-verso de la carte nationale d'identité en cours de validité (ou le cas échéant, une photocopie du passeport en cours de validité).
- Un certificat individuel de la participation à la journée d'appel de préparation à la défense (JAPD) signé par l'intéressé (ou le cas échéant, une photocopie de l'attestation de recensement pour les candidats n'ayant pas encore participé à la JAPD).

Le candidat, après avoir vérifié que le dossier est complet et classé selon l'ordre ci-dessus l'envoie aux autorités dont les adresses sont données en dernière page du dossier.

NOTA : Date des épreuves écrites : le 24 avril 2012.

FICHE DE CANDIDATURE

AU CONCOURS D'ADMISSION D'ELEVES OFFICIERS MEDECINS ET PHARMACIENS
A L'ECOLE DE SANTE DES ARMEES.

NOM :

PREMIER PRENOM :

AUTRES PRENOMS :

DATE DE NAISSANCE :

VILLE DE NAISSANCE :

N° DEPARTEMENT :

PAYS :

Adresse unique à laquelle doivent être acheminées toutes les correspondances relatives aux concours :

L'attention des candidats est attirée sur la nécessité de faire suivre leur courrier auprès de La Poste en cas de changement provisoire d'adresse.

N°, rue :

Lieu-dit :

Commune :

Code postal :

Pays :

Numéros de téléphone où le candidat peut-être contacté (fixe et portable) :

Adresse Internet :

Intitulé, adresse et numéro de téléphone de l'établissement scolaire ou universitaire fréquenté :

Diplômes obtenus, cycle universitaire en cours :

Renseignements complémentaires jugés utiles :

Orientation préférentielle :

Médecine
(Numéroter 1 ou 2)

Pharmacie
(Numéroter 1 ou 2)

A

le,

(signature du candidat)

DECLARATION

(à joindre au dossier si le candidat est mineur à la date des épreuves écrites du concours)

Je soussigné(e) M. ou Mme(1)

demeurant.....(2)

.....
agissant en tant que- père – mère – tuteur légal (3), détenant l'autorité parentale, autorise l'enfant mineur.....

.....(4)

né(e) le A(5)

à participer aux épreuves écrites du concours d'admission à l'Ecole de santé des armées de Lyon-Bron qui

doivent avoir lieu le(6)

Fait à(7)

Le.....

Signature :

-
- (1) Rayer les mentions inutiles et compléter.
 - (2) Adresse complète, avec n°, voie, ville et code postal.
 - (3) Rayer les mentions inutiles.
 - (4) Nom et prénoms du candidat.
 - (5) Date et lieu de naissance du candidat avec ville et code postal.
 - (6) Compléter en fonction de la date donnée dans la documentation.
 - (7) Lieu de signature de l'autorisation.
 - (8) Date de signature de l'autorisation.

QUESTIONNAIRE MEDICO-BIOGRAPHIQUE

CONFIDENTIEL MEDICAL

- A renseigner lors de la visite médicale initiale ou de sélection -

NOM : PRENOM : SEXE :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

ADRESSE :

SITUATION DE FAMILLE : NOMBRE D'ENFANTS :

PROFESSION ACTUELLE :

- Répondez au questionnaire médical en cochant la case correspondant à votre cas
- Si vous ne savez pas répondre à certaines questions mentionnez NSP (ne sait pas) face à la question.

OUI NON

ANTECEDENTS FAMILIAUX :

Age du père : ans ; est-il malade : OUI NON
 Si OUI, quelle est sa maladie :

Age de la mère : ans ; est-elle malade : OUI NON
 Si OUI, quelle est sa maladie :

Si décédé, précisez la cause :

Un des membres de votre famille (parents, grands-parents, frère, sœur, oncle, tante, cousin, cousine) a-t-il ou a-t-elle eu une de ces maladies :

- Asthme : OUI NON

- Tuberculose : OUI NON

- Hypertension artérielle ou maladie de cœur : OUI NON

- Mort subite (d'effort ou NON) : OUI NON

- Diabète : OUI NON

- Cancer : OUI NON

- Maladie nerveuse : OUI NON

- Autre maladie : OUI NON

ANTECEDENTS MEDICAUX PERSONNELS :

Avez vous eu une des maladies suivantes :

- Bronchite fréquente : OUI NON

- Asthme : OUI NON

- Tuberculose : OUI NON

- Syncopes, évanouissement : OUI NON

- Palpitations : OUI NON

- Hypertension artérielle ou maladie de cœur : OUI NON
 Si OUI, précisez :

- Manifestations d'intolérance à l'effort (malaises divers) : OUI NON
 Si OUI, précisez :

TRAITEMENTS :

- Prenez-vous un traitement médicamenteux actuellement : OUI NON
 Si OUI - Quels médicaments :

AUTRE(S) MALADIE(S) NON SIGNALÉE(S) DANS LE QUESTIONNAIRE :

Laquelle (lesquelles) :

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES :

- Est ce votre première visite médicale pour l'admission dans les armées ou la gendarmerie : OUI NON

- Avez-vous déjà servi dans les armées ou la gendarmerie : OUI NON

- Si OUI : Avez-vous eu des problèmes médicaux : OUI NON
 - Si OUI, lesquels :

Coordonnées de votre médecin traitant habituel :

- Nom et prénom :

- Adresse :

- Code postal et ville :

- Téléphone :

Je soussigné 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

DOCUMENT A JOINDRE AU CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE INITIALE

Cocher ou indiquer de l'unité (N° FORSSA) ou de l'organisme dont relève le médecin ayant effectué la visite

CONFIDENTIEL MEDICAL

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE INITIALE (1)

(Certificat à remettre au candidat sous pli cacheté «confidentiel médical».)

Je soussigné(e), médecin (2) _____ né(e) le ____/____/____
après avoir examiné M^r, M^{me}, M^{lle} (3) _____ J M A
demeurant à _____ code postal _____
certifie avoir fait les constatations suivantes :

SIGLE G = ASPECT GENERAL (4):

BIOMETRIE - Taille (cm) : _____ Poids (en kg) : _____
- Indice de masse corporelle P/(T)² : _____

Rachis : _____
Sangle abdominale : _____
Antécédents médicaux et chirurgicaux : _____
Allergies identifiées : _____
Etat vaccinal : Commu Non connu

| VACCINS | Date dernière vaccination |
|--------------------------|---------------------------|
| B.C.G. | |
| Diphthérie-Tétanos-Polio | |
| Coqueluche | |
| R.O. Rubéole | |
| Méningite à Méningo | |
| Hépatite B | |
| Hépatite A | |
| Fièvre jaune | |
| Typhoïde | |

APPAREIL RESPIRATOIRE :

Examen clinique : _____
Examens paracliniques (5) : _____

APPAREIL CIRCULATOIRE :

Pouls : _____ Tension artérielle : _____
Examen clinique : Cœur : _____
Système circulatoire périphérique artériel : _____
Système circulatoire périphérique veineux : _____

E.C.G (6) : _____

ETAT BUCCO-DENTAIRE : Satisfaisant

Caries dentaires multiples

Maxillaire droit

| | |
|------------------------------------|--------------------------|
| Deficient <input type="checkbox"/> | |
| Valeur : 2 5 3 3 4 1 2 | 2 1 4 3 3 5 5 2 : Valeur |
| Dents : 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8 : Dents |
| | |
| Dents : 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8 : Dents |
| Valeur : 3 5 3 3 4 1 1 | 1 1 4 3 3 5 5 3 : Valeur |

Articuli dentaire : _____

Coeff. Mastication %

En conséquence, j'estime que Mr, M^{me}, M^{lle} (12) : _____
présente le profil médical suivant :

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| S | I | G | Y | C | O | P |
| | | | | | | |

Ne présente ce jour aucune affection patente contre-indiquant la pratique des épreuves sportives :
- A titre temporaire
- A titre définitif

A (lieu) _____, le ____/____/____
J M A

Nom, prénom, grade, fonction, unité d'affectation et signature du médecin qui a examiné le candidat.
NUMERO ADELI _____

CARTOUCHE RESERVE A L'INCORPORATION

- Faits pathologiques nouveaux :

| | | | | | | | |
|----------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| Date d'incorporation | S | I | G | Y | C | O | P |
| le ____/____/____ | | | | | | | |
| J M A | | | | | | | |

Nom, prénom, grade, fonction, unité d'affectation et signature du médecin incorporateur.
NUMERO ADELI _____

- (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'ECCG est pratiqué systématiquement.
- (7) Examen gynécologique pratiqué uniquement sur symptomatologie fonctionnelle et par un spécialiste.
- (8) 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).
- (9) Expertise par un spécialiste militaire obligatoire pour les candidats aux écoles d'officier Marine (joindre le billet de consultation du spécialiste).
- (10) 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).
- (11) Mentionner ici les traitements en cours.
- (12) Inscrire les noms et prénoms du (de la) candidat(e).

- Diabète : OUI NON

- Jaunisse - Hépatite : OUI NON

Si OUI, précisez :

- Ulcère d'estomac : OUI NON

- Autres troubles digestifs : OUI NON

- Anomalies dans les urines (albumine, sucre, sang) : OUI NON

Si OUI, précisez :

- Calcul rénal ou urinaire : OUI NON

- Rhumatisme articulaire aigu : OUI NON

- Méningite, encéphalite : OUI NON

- Épilepsie, convulsions : OUI NON

- Paralysies : OUI NON

- Maladies gynécologiques : OUI NON

- Autres maladies : OUI NON

Si OUI, précisez :

- Avez-vous déjà été hospitalisé : OUI NON

Si OUI, précisez le motif :

TERRAIN ALLERGIQUE :

- Êtes-vous allergique à certains médicaments : OUI NON

Si OUI, lesquels :

- Avez-vous des allergies cutanées (urticaire, eczéma) : OUI NON

- Avez-vous des allergies respiratoires (asthme - rhume des foins) : OUI NON

- Avez-vous des contre-indications aux vaccinations : OUI NON

Si OUI, lesquelles :

- Avez-vous une allergie aux piqûres de guêpes ou d'abeilles : OUI NON

Si OUI, avez-vous été désensibilisé : OUI NON

ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX ET TRAUMATIQUES :

- Avez-vous subi une intervention chirurgicale pour un 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 orfèvre : 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, à quel membre :

Êtes-vous encore porteur de bécote, clou, vis ou plaque : OUI NON

- Avez-vous eu des problèmes aux genoux (blocages, douleur, entorse) : OUI NON

- Autres antécédents (luxations, entorses ...) : OUI NON

Si OUI, précisez :

YEUX :

- Portez-vous des lunettes : OUI NON

- Portez-vous des lentilles ou verres de contact : OUI NON

- Avez-vous des problèmes de vision des contenus : OUI NON

- Avez-vous subi une blessure ou un traumatisme de l'œil : OUI NON

- Avez-vous eu d'autres maladies des yeux : OUI NON

- Avez-vous bénéficié d'un traitement chirurgical de la myopie (laser, etc...) : OUI NON

NEZ GORGE OREILLES DENTS :

- Entendez-vous mal : OUI NON

- Avez-vous eu des maladies des oreilles ou des sinus ou du cou : OUI NON

- Avez-vous eu 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 bouchon : 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

TROUBLES 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 uriné au lit après l'âge de 7 ans : OUI NON

- Avez-vous été en Institut médico-pédagogique : OUI NON

HABITUDES DE VIE :

- Faites-vous du sport : OUI NON

Si OUI - Indiquez le ou les sports pratiqués :

- Depuis quand et nombre d'heures par semaine :

- Êtes-vous fumeur habituel de tabac : OUI NON

- Avez-vous des boissons alcoolisées (bière, vin, apéritif, etc...) : 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 d'une toxicomanie : OUI NON

- Avez-vous été traité pour maladie sexuelle : OUI NON

- Avez-vous bénéficié d'un dépistage du VIH : OUI NON

- Êtes-vous donneur de sang régulier : OUI NON

FICHE DE CONNAISSANCE DU CONCOURS

CONCOURS D'ADMISSION D'ELEVES OFFICIERS MEDECINS ET PHARMACIENS A
L'ECOLE DE SANTE DES ARMEES.

1- Comment avez-vous appris l'existence du concours ?

- par ma famille
- par des relations
- par mon lycée
- par internet
- par la presse
- par la JAPD
- lors d'un salon ou forum

2- Est-ce que les informations reçues ont répondu à votre attente ?

- oui
- partiellement
- non

Si non ou partiellement, pourquoi ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Cette fiche devra impérativement être retournée avec le dossier de candidature.

Elle sera traitée de façon totalement anonyme

DIRECTIONS REGIONALES DU SERVICE DE SANTE DES ARMEES

1° candidat résidant en métropole

| NUMEROS DE CODE DES DEPARTEMENTS DOMICILE DU CANDIDAT | ADRESSES | NUMEROS DE TELEPHONE |
|--|--|-------------------------|
| 02, 59, 60, 62, 75, 77, 78, 80, 91, 92, 93, 94, 95 | Monsieur le Directeur Régional du Service de Santé des Armées de Saint Germain-en-Laye Base des Loges 8 Avenue du Président Kennedy BP 40 202 78102 Saint-Germain-en-Laye Cedex | 01 39 21 22 12 |
| 14, 18, 22, 27, 28, 29, 35, 36, 37, 41, 44, 45, 49, 50, 53, 56, 61, 72, 76, 85 | Monsieur le Directeur Régional du Service de Santé des Armées de Brest BCRM BREST – DRSSA de Brest - CC 05, 29240 Brest cedex 9 | 02 98 22 03 81 |
| 08, 10, 21, 25, 39, 51, 52, 54, 55, 57, 58, 67, 68, 70, 71, 88, 89, 90 | Monsieur le Directeur Régional du Service de Santé des Armées de Metz 1 rue du Maréchal Lyautey BP 90007 57044 Metz cedex 1 | 03 87 15 57 70 |
| 01, 03, 07, 15, 26, 38, 42, 43, 63, 69, 73, 74 | Monsieur le Directeur Régional du Service de Santé des Armées de Lyon 1 bis, place Bellevue BP 4467 69241 Lyon Cedex 04 | 04 72 00 54 51 |
| 04, 05, 06, 11, 13, 30, 34, 48, 66, 83, 84, 2A/2B | BCRMP Monsieur le Directeur Régional du Service de Santé des Armées de Toulon BP 680 83800 Toulon Cedex 09 | 04 83 16 28 21 |
| 09, 12, 16, 17, 19, 23, 24, 31, 32, 33, 40, 46, 47, 64, 65, 79, 81, 82, 86, 87 | Monsieur le Directeur Régional du Service de Santé des Armées de Bordeaux 5 rue Saint-Nicolas CS 31132 33080 Bordeaux Cedex | 05 56 94 45 67 |

2° candidat résidant outre-mer ou à l'étranger :

| NUMEROS DE CODE DES DEPARTEMENTS DOMICILE DU CANDIDAT | ADRESSES | NUMEROS DE TELEPHONE |
|---|--|------------------------------------|
| Antilles | Monsieur le Directeur interarmées du Service de Santé des Forces Armées aux Antilles, Quartier Gerbault, BP 613, 97261 Fort-de-France Cedex | 05 96 39 59 22 |
| Guyane | Monsieur le Directeur interarmées du Service de Santé des Forces Armées en Guyane, Quartier La Madeleine, BP 6019, 97306 Cayenne Cedex | 05 94 39 55 77 |
| Nouvelle-Calédonie | Monsieur le Directeur interarmées du Service de Santé des Forces Armées en Nouvelle-Calédonie, BP 2973, 98846 Nouméa Cedex | 00 687 29 24 73 |
| Polynésie | Monsieur le Directeur interarmées du Service de Santé en Polynésie française, BP 9462 98 715 PAPEETE CMP | 00 689 46 31 29 00 689 46 31 37 |
| Réunion | Monsieur le Directeur interarmées du Service de Santé des Forces Armées de la Zone Sud de l'Océan Indien, Caserne Lambert, 97709 Saint-Denis Messag Cedex 09 | 02 62 93 51 27 02 62 93 51 28 |
| Djibouti | Monsieur le Directeur interarmées du Service de Santé des Forces françaises, stationnées à Djibouti, SP 85002, 00812 Armées | 00 253 35 13 51, poste 1065 |
| Autres | Monsieur le Directeur Régional du Service de Santé des Armées de Saint Germain-en-Laye Base des Loges 8 Avenue du Président Kennedy BP 40 202 78102 Saint-Germain-en-Laye Cedex | 01 39 21 22 12 |