



DOSSIER D'ENGAGEMENT

MITHA

- 1. Liste des pièces à fournir par le candidat**
- 2. Demande d'engagement**
- 3. Aptitude médicale**

Liste des pièces à fournir par le candidat

- 1 Fiche de renseignements complémentaires, imprimé n°621-4*/102.
- 2 Photocopie de la carte nationale d'identité.
- 3 Photocopie du livret de famille ou de toutes pièces justifiant la situation de famille.
- 4 Un curriculum vitae.
- 5 Une lettre de motivation ou pour les militaires une demande manuscrite avec avis hiérarchiques.
- 6 Photocopie des originaux des titres professionnels détenus certifiée dont la conformité à l'original est certifiée par l'intéressé.
- 7 Certificats médicaux et questionnaire médico-biographique d'aptitude initiale. Le candidat doit prendre contact avec un médecin des armées pour établir les certificats demandés.
- 8 Photocopie de la carte vitale.
- 9 Photocopie de l'attestation de recensement ou du certificat individuel de participation à l'appel de préparation à la défense pour les candidats âgés de moins de 25 ans et nés après le 31 décembre 1979, et pour les candidates âgées de moins de 25 ans et nées après le 31 décembre 1982.
- 10 Quatre photographies d'identité récentes.
- 11 Une attestation du candidat certifiant qu'à la date prévue pour la signature du contrat, il sera libre de tout engagement.

Eventuellement :

- 12 Photocopie du titre de pension de retraite pour les veuves de militaire, non remariées et âgées de plus de plus ans ou pour les anciens militaires retraités.
- 13 Consentement du représentant légal conforme à l'imprimé n°621-4*/103 ou la copie de l'acte d'émancipation, suivant le cas, pour un mineur.
- 14 Photocopie de la carte du service national pour les candidats de sexe masculin et pour les candidates ayant accompli le service national féminin.
- 15 Photocopie de l'état signalétique et des services pour les candidats ayant accompli des services militaires en qualité de militaire engagé ou de carrière.

Pour un candidat en position de détachement :

- 16 Une lettre d'accord de l'établissement d'origine.
- 17 Le dernier arrêté d'échelon.

Dossier à transmettre à :

**Direction centrale du service de santé des armées
Sous-direction RH/GPMS/MS
Cellule recrutement MITHA
Fort neuf de Vincennes
Cours des Maréchaux
75614 PARIS CEDEX 12**

DEMANDE D'ENGAGEMENT.

Je soussigné(e)

NOM : Prénoms :
NOM marital (éventuellement) :
Situation familiale (3) : marié – divorcé – Autres Enfant(s) à charge (nombre) :
Date de naissance : Lieu :
Domicile :
N° de téléphone :
N° INSEE : N° identifiant défense :

demande à souscrire un engagement en qualité de militaire infirmier et technicien des hôpitaux
des armées dans la spécialité suivante (1) :

pour une durée de ans à compter du

en vue de servir dans l'une des affectations suivantes (2) :

- 1 -
- 2 -
- 3 -
- 4 - Affectation qui me sera donnée sur tout le territoire métropolitain.

A défaut d'acceptation de ma demande, je désire que (3) :

- mon dossier soit conservé en instance pendant une durée de 6 mois ;
- mon dossier soit classé sans suite et retransmis.

Diplômes, brevets ou certificats d'aptitude joints à la présente demande :

-
-
-

Situation professionnelle :

Etre employé(e) (3) : en milieu privé – en milieu public

Si milieu public (3) : en activité – en disponibilité – en détachement – Autres

Ne pas pouvoir quitter mon emploi sans un préavis de :

Je déclare sur l'honneur :

- être de nationalité française ;
- n'avoir jamais été condamné(e) et ne pas faire l'objet de poursuites ;
- être à jour au regard du service national (JAPD, service national, exempté...)

Fait à, le

(signature du candidat)

(1) Spécialité (infirmier, laborantin, ...).

(2) Mentionner obligatoirement trois choix d'affectation par ordre de préférence.

(3) Rayez la ou les mentions inutiles.

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES
CONCERNANT UN CANDIDAT A L'ENGAGEMENT.**

I. Expérience professionnelle antérieure.

Période du	au	Emploi	Employeur

II. Situation antérieure dans la fonction publique, dans une collectivité locale ou dans un établissement d'hospitalisation public.

Employeur :

Dernier emploi tenu :

Dernier grade détenu :

Echelon :

Date de prise de rang dans l'échelon :

III. Services militaires accomplis.

1° *Service national légal (ou service féminin) du* _____ *au* _____

Emploi tenu :

Dernière affectation :

2° *Services accomplis en qualité de militaire sous contrat ou de carrière :*

Durée des services :

Grade détenu :

Echelle de solde :

Dernière affectation

Motif de l'interruption de service :

3° *Pour les titulaires d'une pension ou d'une solde de retraite, indiquer le numéro du titre de pension.*

**CONSENTEMENT A UN ENGAGEMENT
AU TITRE DU SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES**

Je soussigné (e) ⁽¹⁾ :

demeurant à _____ département :

n° : _____ rue :

code postal : _____ ville :

déclare en ma qualité de père - mère - tuteur - adoptant - titulaire de la garde judiciaire **(2)**

de ⁽³⁾

né (e) le : _____ à :

donner mon consentement à son engagement au titre du Service de santé des armées pour une durée

de :

Je prends connaissance que son engagement pourra être ;

- annulé sur décision de l'autorité militaire à tout moment s'il s'avère que l'acte d'engagement est entaché d'irrégularité ;
- dénoncé avant la fin de la période probatoire de six mois renouvelable une fois, comptée du jour de la prise d'effet du contrat d'engagement, si l'intéressé (e) ne présente pas les aptitudes exigées pour l'exercice de la fonction ;
- dénoncé sur sa demande pendant cette même période probatoire;
- résilié pour un des motifs cités à l'article L.4139-14 du code de la défense ;
- résilié sur sa demande déposée dans les trente jours suivant son dix-huitième anniversaire.

Dans une telle éventualité survenue avant le trentième jour suivant sa majorité, je demande à être averti par écrit de l'annulation, de la dénonciation ou de la résiliation du contrat.

Fait à : _____ le _____

(Signature.)

(1) Nom en lettres capitales et prénoms.

(2) Rayer les mentions inutiles.

(3) Nom en lettres capitales et prénoms du candidat à l'engagement.

APTITUDE MÉDICALE

Tout candidat à un recrutement sous statut militaire doit passer une visite médicale d'aptitude, qui ne peut être réalisée que par un médecin des armées.

Les coordonnées du médecin auquel vous pouvez vous adresser vous seront données par l'unité militaire la plus proche de votre domicile. Pensez à vous munir de tous les documents médicaux en votre possession.

A l'issue de sa visite d'aptitude le médecin vous remettra, sous pli confidentiel médical, un certificat à joindre à votre dossier d'engagement.

Au moment où vous rejoindrez votre hôpital d'affectation, votre aptitude sera confirmée par le médecin du personnel de l'établissement. La grossesse entraînant l'inaptitude temporaire à l'engagement sous statut militaire, un test biologique de grossesse sera pratiqué auprès de toutes les candidates.

**QUESTIONNAIRE MEDICO-
BIOGRAPHIQUE.**

Imprimé n° 620-4*/9.

CONFIDENTIEL MEDICAL.

Instruction n° 1300/DEF/DCSSA/
AST/AS du 22 mars 2000.

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

Format A 3.
(Recto-verso)

NOM :	Prénom :	Sexe :
Date et lieu de naissance :		
Situation de famille :		Nombre d'enfants :
Profession actuelle :		

Répondez au questionnaire médical en cochant la case correspondant à votre cas :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si vous ne savez pas répondre à certaines questions mentionnez NSP (ne sait pas) face à la question.		

Antécédents familiaux.

Age du père : ans ; est-il malade OUI NON

Si OUI, quelle est sa maladie :

Si décédé, précisez la cause :

Age de la mère : ans ; est-elle malade OUI NON

Si OUI, quelle est sa maladie :

Si décédée, 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

Antécédents médicaux personnels.

Avez-vous eu une des maladies suivantes :

Bronchite fréquente OUI NON

Asthme OUI NON

Tuberculose OUI NON

Syncope, 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 :

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
- Epilepsie, convulsions OUI NON
- Paralysies OUI NON
- Maladies gynécologiques OUI NON
- Avez-vous déjà été hospitalisé OUI NON
 Si OUI, précisez le motif :

Terrain allergique.

- Etes-vous allergique à certains médicaments OUI NON
 Si OUI, précisez :
- 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 OUI NON
- Autres à préciser :
- Avez-vous eu une anesthésie générale OUI NON
- Avez-vous été victime d'un traumatisme crânien OUI NON
 Si OUI, y avait-il 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 : OUI NON
 Etes-vous encore porteur de broche, clou, vis ou plaque OUI NON
- Avez-vous eu des problèmes aux genoux (blocages, douleur, entorse) 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 couleurs 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 baladeur 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 l'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 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 nombres d'heures par semaine :
- Etes-vous fumeur habituel de tabac OUI NON
- Buvez-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
- Etes-vous sous traitance 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
- Etes-vous donneur de sang régulier OUI NON

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 complémentaires.

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.

Cachet ou indication de l'unité
(N° FORSSA) ou de
l'organisme dont relève le
médecin ayant effectué la visite.

CONFIDENTIEL MEDICAL.

Imprimé n° 620-4*/10.

Instruction n° 1300/DEF/DCSSA/
AST/AS du 22 mars 2000.

Format A 3.
(Recto-verso).

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE INTIALE (1).

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

Je soussigné(e), médecin (2)

après avoir examiné M., Mme, Mlle (3)

né(e) le
J M A

demeurant à

Code postal

certifie avoir fait les constatations suivantes :

SIGLE G =

ASPECT GENERAL (4) :

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

Indice de masse corporelle $P/(T)^2$:

Rachis :

Sangle abdominale :

Antécédents médicaux et chirurgicaux :

Allergies identifiées :

Etat vaccinal : Connu Non connu

Vaccins.	Date dernière vaccination.
BCG.	
Diptérie, tétanos, polio.	
Coqueluche.	
RO 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 :

Systeme circulaire périphérique artériel :

Systeme circulaire périphérique veineux :

ECG (6) :

Etat bucco-dentaire : Satisfaisant Déficient

Caries dentaires multiples

Maxillaire droit

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

Maxillaire gauche

Articulé dentaire :

Coeff. Mastication p. 100

Appareil digestif

Examens clinique :

Examens paracliniques (5)

Appareil génito-urinaire.

Examen clinique :

Analyse des urines :

Protéines

Glucose :

Sang :

Recherche de β HCG (5) :

Examen gynécologique (7) :

Situation obstétricale :

Apte

Inapte temporaire

Appareil neurologique.

Antécédents (traumatisme crânien, perte de connaissance, comitialité...) :

Examen clinique :

Examens paracliniques (5) :

Glandes endocrines :

Appareil spleno ganglionnaire :

Peau et muqueuses :

SIGLE S =

MEMBRES SUPERIEURS :

SIGLE I =

MEMBRES INFERIEURS :

SIGLE Y =

YEUX ET VISION (8) :

Expertise par un spécialiste (9) :

OUI

NON

Antécédents :

Examen clinique :

Examens paracliniques :

	Acuité visuelle.		Correction indiquée	Milieux transparents	Fond d'œil	Vision binoculaire
	Sans correction.	Avec correction.				
OD.						
OG.						

MINISTERE DE LA DEFENSE

Imprimé n° 620-4*/12

SERVICE DE SANTE DES ARMEES

Instruction n° 1300/DEF/DCSSA/
AST/AS du 22 mars 2000.

**CERTIFICAT MEDICO-ADMINISTRATIF
D'APTITUDE INITIALE
(durée de validité un an sauf mention contraire)**

Format : 21 x 29,7.

NOM :

Prénom :

Sexe :

Né(e) le

Demeurant à

S	I	G	Y	C	O	P

Aptitude à subir les épreuves physiques et sportives préalables à l'engagement ou à l'admission dans une école (1) :

OUI

NON

A titre temporaire
 A titre définitif

A) ENGAGEMENT – VOLONTARIAT – PREPARATION MILITAIRE (*rayer les mentions inutiles*).

		Décision médicale (à indiquer en toutes lettres dans la case correspondante).		
Types d'aptitudes.	(2)	Apte.	Inapte.	Inapte temporaire (durée).
Aptitude générale au service.				
Aptitude à la désignation outre-mer.				
Aptitude à la spécialité de				
Aptitude troupes aéroportées.				
Aptitude au service à la mer.				

B) ADMISSION DANS LES ECOLES ET LYCEES MILITAIRES.

		Décision médicale (à indiquer en toutes lettres dans la case correspondante).		
		Apte.	Inapte.	Inapte temporaire (durée).
Ecole (3).				
Ecole (3).				
Ecole (3).				
Ecole (3).				

Durée de validité du certificat (si inférieure à un an) :

A (lieu), le (date)

Le médecin (4)

Signature,

(1) L'intéressé(e) ne présente ce jour aucun signe clinique apparent contre-indiquant la pratique des épreuves sportives.

(2) Cocher la (ou les) case(s) concernée(s).

(3) Compléter l'identification des écoles postulées.

(4) Nom, prénom, grade, fonction, affectation, signature du médecin examinateur.