

ANNEXE II : SANTE

ETUDIANTS DE CPES - CPGE - BTS

PIECES A FOURNIR IMPERATIVEMENT (avant le 3 juillet 2020)

PAR VOIE ELECTRONIQUE : PAR VOIE ELECTRONIQUE : ssa@cinbrest.org (à privilégier)

OU

PAR COURRIER A L'ADRESSE SUIVANTE :

BCRM de Brest - 16^e CMA

188^e Antenne médicale Saint-Pierre - Lycée Naval (préciser la classe)

CC 300 - 29240 Brest

(cf partie 4 : informations aux parents)

- SCAN ou copie des pages vaccinations et maladies contagieuses du carnet de santé de votre enfant. Pour les élèves déjà présents au lycée l'année précédente, seulement si nouvelles vaccinations faites en 2019 et 2020.
- SANTE I (ci-joint) - Autorisation parentale : renseignée, datée, et signée des 2 parents (pas de recto-verso avec SANTE II)
Pour les détenteurs d'un smartphone, il est conseillé d'avoir une copie de cette autorisation parentale dans le téléphone de l'élève.
OBLIGATOIRE POUR LA RENTREE POUR LES ELEVES MINEURS (si cette attestation n'est pas signée par les 2 parents sans justificatif associé, aucun patient mineur ne pourra être reçu en consultation ou en visite scolaire)
- SANTE II (ci-joint) - Fiche médico-administrative (pas de recto-verso avec SANTE I) : renseignée, datée et signée des 2 parents (sans oublier LES COORDONNEES DES CORRESPONDANTS pour les élèves mineurs uniquement)
- - Questionnaire médical (ci-joint) : renseigné, daté et signé
- Certificat médico-administratif 620-4*/12
- SANTE IV (ci-joint) - « Certificat médical d'aptitude à la vie en internat au lycée naval »

		CLASSES						
		Seconde - Nouveaux Premières - Nouveaux terminales	Première	Terminale	CPES	MPSI- PCSI	MP-PSI	BTS
Pièces à fournir	Copie attestation sécurité sociale en cours de validité	OUI	OUI	OUI				
	Copie carte mutuelle en cours de validité	OUI	OUI	OUI				
	Copie recto/verso de la carte d'identité de votre enfant	OUI	NON	NON				
	Copie des pages de vaccinations et maladies contagieuses du carnet de santé	OUI			OUI	OUI	OUI	OUI
	Imprimé SANTE I	OUI			OUI	OUI	OUI	
	Imprimé SANTE II	OUI			OUI	OUI	OUI	
	Imprimé SANTE III	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
	Imprimé SANTE IV	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
	Certificat médico-administratif 620-4*/12							
<p><u>TOUS LES ELEVES DU LYCEE</u> DOIVENT AVOIR <u>EN LEUR POSSESSION</u> SUR SITE <u>DURANT TOUTE LEUR SCOLARITE</u></p> <p>CARNET DE SANTE</p> <p>CARTE VITALE ou ATTESTATION DE SECURITE SOCIALE</p> <p>CARTE DE MUTUELLE</p> <p>CARTE D'IDENTITE</p> <p>Pour les détenteurs d'un smartphone, il est conseillé d'avoir une copie de l'attestation de sécurité sociale, carte de mutuelle, carte d'identité dans le téléphone de l'élève.</p>								

1. APTITUDE MEDICALE D'ADMISSION

L'admission au lycée naval est conditionnée par deux visites médicales.

1.1. Visite médicale préalable à l'admission.

La visite est effectuée par le médecin de votre choix.

Celui-ci doit constater un examen général satisfaisant, l'absence de troubles du comportement, d'affection ou d'infirmité incompatible avec la vie en internat.

Les candidats doivent être à jour de leurs vaccinations obligatoires.

La rédaction d'un « certificat médical d'aptitude à la vie en internat au lycée naval » devra être rempli par votre médecin traitant et nous être renvoyé avant l'arrivée de votre enfant (cf annexe IV santé).

Il est rappelé qu'aucun certificat de non contre-indication à la pratique du sport ne sera réalisé par les médecins de l'antenne médicale.

1.2. Visite médicale d'admission.

(PRESENTATION DU CARNET DE SANTE OBLIGATOIRE)

Tous les nouveaux élèves seront reçus en visite médicale par les médecins de l'antenne médicale. Cette visite a pour but de confirmer l'absence de contre-indication à suivre des études au lycée naval et à vivre à l'internat.

Une visite est également prévue en décembre pour les élèves de terminale. Selon leurs desiderata exprimés en novembre au BIO, elle a pour but de confirmer l'aptitude médicale à présenter les concours des écoles militaires, notamment l'ESA, ainsi que les classes préparatoires aux grandes écoles.

Les dossiers des CPES, BTS, CPGE 1^{ère} année seront étudiés par les médecins de l'antenne. L'étude de ces dossiers a pour but de confirmer l'aptitude médicale à présenter les concours des écoles militaires et à s'engager dans les armées.

Si votre enfant présente un problème de santé chronique (allergie alimentaire, diabète, ...) susceptible de rentrer dans le cadre des dispositions d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) définies par la circulaire interministérielle n° 2003-135 du 8 septembre 2003, **il vous appartient d'en faire la demande auprès de l'antenne médicale** qui aura alors la charge de le mettre en place au sein de l'établissement à partir des données transmises par l'allergologue, le médecin traitant, ou le spécialiste. (Ce document est bien distinct des possibilités d'aménagement des épreuves du baccalauréat qui doivent faire l'objet d'une demande auprès du lycée).

2. DOSSIER MEDICAL.

Un livret médical informatique est ouvert à l'antenne médicale au cours de la visite d'admission pour chaque élève.

Les pièces médico-administratives à fournir (cf annexe II santé) doivent être renseignées par la famille et envoyées par mail ou placées sous enveloppe cachetée. Cette enveloppe doit porter la mention "confidentiel médical" ainsi que le nom, le prénom, la date de naissance et la classe de votre enfant et doit être adressée au médecin de l'antenne médicale pour le 3 juillet 2020 terme de rigueur.

Toute modification d'adresse ou de numéro de téléphone de la famille ou des correspondances (y compris les numéros de portable) doit être immédiatement communiquée à l'antenne médicale. Il en va de même pour tout changement ou renouvellement de sécurité sociale ou de mutuelle.

3. SOINS MEDICAUX.

L'antenne médicale est ouverte du lundi au vendredi de 07h30 à 17h00.

Les consultations médicales sont assurées du lundi au vendredi de 08h30 à 12h, les après-midis étant réservés aux visites d'aptitudes (permanents et élèves) et aux urgences.

Les prestations médicales assurées à l'extérieur (consultations spécialisées, examens complémentaires, hospitalisation, ou délivrance de médicaments) sont à la charge des caisses d'assurance maladie des familles. Le coût des médicaments achetés sur ordonnance par l'infirmier du lycée naval est prélevé sur les fonds particuliers des élèves concernés. La feuille de soins est télétransmise par le pharmacien directement à la caisse de sécurité sociale (à condition d'avoir préalablement adressé la copie de l'attestation de sécurité sociale et de la carte de mutuelle, toutes deux en cours de validité à l'antenne médicale). En retour, les parents reçoivent le décompte des prestations.

Le transport vers les structures de soins extérieures, en dehors de l'urgence vitale doit être effectué **par les parents ou les correspondants** (d'où l'importance de renseigner correctement les coordonnées des correspondants et de les mettre à jour).

Les soins et prothèses dentaires, ainsi que les corrections optiques sont pratiqués en secteur civil et à la charge des familles (transport compris). Il en va de même pour les séances de kinésithérapie.

Il est demandé aux parents de prévenir le médecin de l'antenne médicale en cas de suivi, par leur enfant, d'un traitement médical prescrit par un autre médecin.

Après toute absence du lycée pour maladie pendant plus de huit jours, une visite médicale est préconisée en particulier pour les élèves internes, avant de reprendre les cours et la vie à l'internat.

4. INFORMATION DES PARENTS.

Pour les élèves mineurs, les parents sont prévenus dans les meilleurs délais par la direction du lycée naval et/ou par l'antenne médicale de tout événement médical **important** (accident, hospitalisation...). Seul le médecin est habilité à apporter les précisions médicales (d'où l'importance de renseigner correctement les coordonnées des correspondants et de les mettre à jour).

Lors de la conférence de rentrée scolaire, une présentation sera réalisée par l'un des médecins et des infirmiers de l'antenne médicale pour les parents des élèves de CPGE et pour les parents des élèves du secondaire.

Cette présentation permettra de vous indiquer le fonctionnement global de l'antenne et l'offre de soins proposée à vos enfants durant leur année scolaire, ainsi que de répondre à vos éventuelles questions.

A l'issue de cette conférence, vous pourrez demander à rencontrer le médecin en cas de souci de santé concernant votre enfant et nécessitant une prise en charge spécifique (PAI, allergie sévère, etc.). Les entretiens auront lieu à l'antenne, **sur rendez-vous**.

Le cas échéant, vous pouvez d'ores et déjà contacter l'infirmier responsable du lycée naval au 02.98.14.87.70 ou par mail david2.monnier@intradef.gouv.fr afin de convenir d'un rendez-vous (NB : infirmerie fermée du 17 juillet au 16 août 2020(dates incluses)).

SANTE I

AUTORISATION PARENTALE (POUR LES MINEURS)

Je soussigné (e) :

Père, mère, tuteur (*) de l'élève (nom, prénom).....

Né le agé de ans

Admis en classe de

- Autorise mon fils ou ma fille à consulter à l'antenne médicale du centre d'instruction naval (*)
Oui Non
- Autorise les médecins de l'antenne médicale du centre d'instruction naval, à prendre en charge mon fils ou ma fille (consultation, prescription de médicament, prise de sang, vaccination en urgence ou examens complémentaires...) (*)
Oui Non
- Autorise les médecins de l'antenne médicale du centre d'instruction naval, à diriger mon enfant en consultation spécialisée à l'hôpital d'instruction de armées, dans le cadre d'une aptitude aux concours des écoles militaires, et que soient pratiqués les examens paracliniques nécessaires à cette détermination (*)
Oui Non
- Autorise les médecins de l'antenne médicale du centre d'instruction naval, à faire hospitaliser mon fils ou ma fille et autorise qu'il ou qu'elle bénéficie le cas échéant de tout acte ou intervention chirurgicale justifié en cas d'urgence. Je demande que mon enfant soit dirigé vers : (*)
 - Hôpital d'instruction des armées
 - CHU de la Cavale Blanche / hôpital Morvan (pour les moins de 15 ans)
 - Autres :

Date :

Signature des deux représentants légaux:

(* : Rayer la mention inutile)

NB : la signature des deux représentants légaux est nécessaire. Si l'un des deux parents a été déchu de l'autorité parentale, joindre une copie de la décision judiciaire en faisant mention. Dans les autres cas où il est impossible d'obtenir la signature de l'un des deux parents (parent décédé par exemple), joindre un document officiel justifiant de la situation ou bien un courrier qui explique l'impossibilité de l'autre représentant légal de signer l'autorisation.

SANTE II

Fiche de renseignements médico-administratifs

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ELEVE :

NOM : Prénom :
Date de naissance : Lieu de naissance : Code postal de naissance : Classe de :
☎ portable

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA MERE DE L'ELEVE :

NOM : Prénom :
Adresse postale :
.....
☎ portable :
☎ fixe :
☎ travail :
Mail :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PERE DE L'ELEVE :

NOM : Prénom :
Adresse postale :
.....
☎ portable :
☎ fixe :
☎ travail :
Mail :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CORRESPONDANT DE L'ELEVE MINEUR :

NOM : Prénom :
Lien de parenté avec l'élève
Adresse postale :
.....
☎ Portable :
☎ Fixe :
☎ Travail :
Mail :

SIGNATURE DES DEUX REPRESENTANTS LEGAUX

DATE

**NB : la signature des deux représentants légaux est nécessaire. Si l'un des deux parents a été déchu de l'autorité parentale, joindre une copie de la décision judiciaire en faisant mention.
Dans les autres cas où il est impossible d'obtenir la signature de l'un des deux parents (parent décédé par exemple), joindre un document officiel justifiant de la situation ou bien un courrier qui explique l'impossibilité de l'autre représentant légal de signer l'autorisation.**



CONFIDENTIEL MEDICAL

Ce questionnaire est à renseigner et à présenter lors de votre visite d'expertise médicale initiale.

QUESTIONNAIRE DE SANTE
préalable à l'engagement dans les armées ou la gendarmerie nationale

Madame, Monsieur,

Ce questionnaire de santé permet au médecin militaire de connaître votre état de santé : il est donc important d'y déclarer l'ensemble de vos problèmes de santé actuels et passés. Il est le préalable d'un examen médical complet qui sera effectué par le médecin lors de votre visite d'expertise médicale initiale. Il vous sera demandé d'être en sous-vêtements.

Pour éviter de perdre du temps lors de votre recrutement, vous devez apporter, lors de votre visite d'expertise médicale initiale, l'ensemble des documents suivants :

- ce questionnaire entièrement rempli et signé ;
- votre pièce d'identité ;
- votre carnet de santé et/ou carnet de vaccinations ;
- l'ensemble des pièces médicales qui vous sont demandées en commentaires dans les cases bleues de ce questionnaire (si vous avez réalisé ces examens ou consultations et si pouvez les récupérer).

Vous êtes responsable des informations que vous déclarez : il est important de vous faire aider, si nécessaire, par des personnes qui vous permettront d'y répondre le plus exactement possible (parents, médecin traitant, etc...). Pour les réponses en NON ou OUI, il faut cocher votre réponse.

Nom de naissance : Prénom(s) :
 Date de naissance : Sexe : Femme Homme
 Numéro de téléphone : Adresse électronique :

VOTRE PARCOURS MILITAIRE		Réponse	Commentaires / Compléments d'information
Si vous n'avez jamais servi dans les armées ou la gendarmerie nationale (réserve opérationnelle incluse)			
Est-ce votre première visite médicale pour vous engager dans les armées ou la gendarmerie nationale ?	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI		Si NON, précisez la date et le lieu : <input type="text"/>
Si vous avez déjà servi dans les armées ou la gendarmerie nationale (réserve opérationnelle incluse)			
Dans quelle armée, direction ou service avez-vous déjà servi ?	<input type="text"/>		
Avez-vous fait l'objet d'une inaptitude ou d'une réforme ?	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI		Si OUI, précisez la date et le motif : <input type="text"/>
VOS ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX		Réponse	Commentaires / Compléments d'information
Votre mère biologique	Est-elle décédée ?	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI	Si l'état de santé de votre mère biologique n'est pas connu, ne pas répondre et cocher cette case <input type="checkbox"/> Si décédée, âge du décès : <input type="text"/>
	Quel est son âge ?	<input type="text"/> ans	
	Est-elle ou était-elle malade ?	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI	
	↳ Si OUI Quelle(s) maladie(s) ?	<input type="text"/>	
Votre père biologique	Est-il décédé ?	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI	Si l'état de santé de votre père biologique n'est pas connu, ne pas répondre et cocher cette case <input type="checkbox"/> Si décédé, âge du décès : <input type="text"/>
	Quel est son âge ?	<input type="text"/> ans	
	Est-il ou était-il malade ?	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI	
	↳ Si OUI Quelle(s) maladie(s) ?	<input type="text"/>	
Un des membres de votre famille (père, mère, grands-parents, frères et sœurs, enfants, oncles, tantes) a-t-il ou a-t-elle eu l'une de ces maladies ?			
Asthme	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI		Si OUI, précisez qui : <input type="text"/>
Hypertension artérielle ou maladie du cœur	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI		Si OUI, précisez qui : <input type="text"/>
Mort subite non accidentelle (survenue à l'effort ou non)	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI		Si OUI, précisez qui et l'âge de la mort subite : <input type="text"/>
Diabète	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI		Si OUI, précisez qui : <input type="text"/>
Epilepsie	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI		Si OUI, précisez qui : <input type="text"/>
Dépression ou décès par suicide	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI		Si OUI, précisez qui : <input type="text"/>
Cancer	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI		Si OUI, précisez qui et le type de cancer : <input type="text"/>
Autre(s) maladie(s)	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI		Si OUI, précisez qui et la maladie : <input type="text"/>

VOS ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX PERSONNELS	Réponse		Commentaires / Compléments d'information
Avez-vous ou avez-vous eu un ou plusieurs des problèmes de santé suivants ?			
Reconnaissance d'un handicap (MDPH) ou de la prise en charge de vos soins à 100% pour une affection longue durée ?	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI	Si OUI, <u>il faut apporter</u> les documents en rapport avec cette reconnaissance ou cette affection.
Toux durant plusieurs semaines, essoufflement, sifflement respiratoire ou bronchites à répétition	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI	Si vous avez répondu OUI à au moins une de ces 5 questions, <u>il faut apporter</u> : - Les courriers de votre pneumologue, du médecin traitant, de l'hôpital et des urgences concernant cette maladie ; - Votre dernière épreuve fonctionnelle respiratoire (EFR) ; - Vos comptes rendus d'imageries médicales (radiographies, scanner, IRM, etc...) ; - Les ordonnances des traitements actuels ou passés *.
Asthme	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI	
↳ Si OUI Date de la dernière crise			
↳ Si OUI Avez-vous déjà été hospitalisé(e) aux urgences ou en réanimation suite à une crise d'asthme ?	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI	
Pneumothorax (décollement du poumon ou « bulle » dans le poumon) ou pleurésie (présence de liquide).	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI	
Autre(s) maladie(s) respiratoire(s) (tuberculose, apnée du sommeil, dilatation des bronches, mucoviscidose, etc...)	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI	
Syncope, évanouissement, perte de connaissance, malaise vagal	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI	Si vous avez répondu OUI à au moins une de ces 5 questions, <u>il faut apporter</u> : - Les courriers de votre cardiologue, du médecin traitant, de l'hôpital et des urgences concernant cette maladie ; - Vos électrocardiogramme (ECG), échographie cardiaque, épreuve d'effort et autre(s) examen(s) cardiaque(s) ; - Vos prises de sang et vos ordonnances*.
Palpitations ou problème(s) de rythme cardiaque	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI	
Hypertension artérielle	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI	
Maladie(s) du cœur	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI	
Malaise à l'effort, douleurs à la poitrine ou palpitations à l'effort	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI	
Diabète, maladie de la thyroïde ou troubles endocriniens (hormonaux)	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI	Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs de ces 10 questions, <u>il faut apporter</u> : - Les courriers des médecins spécialistes qui vous ont vu, du médecin traitant, de l'hôpital et des urgences concernant cette maladie ; - Les résultats des différents examens réalisés afin de faire le diagnostic et le suivi de cette maladie : <ul style="list-style-type: none"> • Prises de sang ; • Analyses d'urine ; • Comptes rendus d'imageries (échographie, radiographie, scanner, IRM, etc...) ; • Comptes rendus d'acte invasif (infiltration, chirurgie, endoscopie, etc...). - Les ordonnances des traitements actuels ou passés *.
Jaunisse, maladie du foie (hépatite...), maladie du pancréas (pancréatite...)	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI	
Ulcère digestif, autre(s) maladie(s) digestive(s) (maladie de Crohn, rectocolite hémorragique, autre...)	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI	
Obésité ayant nécessité un suivi médical ou une chirurgie	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI	
Calcul rénal, calcul urinaire ou autre(s) maladie(s) des reins	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI	
Rhumatisme inflammatoire dans l'enfance (arthrite juvénile, etc...)	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI	
Méningite ou encéphalite	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI	
Paralysie (quelle que soit la localisation)	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI	
Maladie(s) ou opération(s) gynécologique(s), prostatique(s) ou testiculaire(s)	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI	
Cancer ou tumeur	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI	
Avez-vous eu des problèmes à la naissance (naissance prématurée, complication à la naissance, hospitalisation en néo natalité ou réanimation, etc...)?	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI	Si vous avez répondu OUI à au moins une de ces 4 questions, <u>il faut apporter</u> : - Les courriers de votre neurologue, de votre médecin traitant, de l'hôpital et des urgences concernant cette maladie. - Les comptes rendus des examens réalisés : scanner, IRM, électroencéphalogramme (EEG), prises de sang, etc... - Les ordonnances des traitements actuels ou passés *.
Avez-vous déjà fait des crises d'épilepsie ou des convulsions ?	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI	
Etes-vous connu(e) comme épileptique ?	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI	Si OUI, lequel ?
↳ Si OUI Date de la dernière crise :			
↳ Si OUI Avez-vous ou avez-vous eu un traitement ?	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI	Si OUI, lesquelles ?
Des infections fréquentes (plusieurs fois par an) : des oreilles (otites), de la peau, des bronches, des poumons, etc... ?	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI	
Anomalie(s) sur un résultat d'analyses d'urines (sang, sucre, enzyme hépatique, albumine, infection, etc...)	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI	Si vous avez répondu OUI à au moins une de ces 2 questions, <u>il faut apporter</u> les résultats d'examen montrant l'anomalie et les examens du même type réalisés depuis.
Anomalie(s) sur un résultat de prise de sang (hématies ou globules rouges, leucocytes ou globules blancs, plaquettes, sucre, bilan hépatique, rénal, etc...)	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI	
Dépistage du VIH, de maladies sexuellement transmissibles ou d'hépatites virales ?	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI	Si OUI, <u>il faut apporter</u> les résultats des examens.
Traitement pour une infection sexuellement transmissible ?	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI	Si OUI, laquelle ?
Admission aux urgences et/ou hospitalisation ?	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI	Si OUI, <u>il faut apporter</u> le(s) compte(s) rendu(s) d'examen(s) (dont radio), d'hospitalisation et de passage aux urgences.
↳ Si OUI Pour quel(s) motif(s) ?			
VOS ALLERGIES			
		Réponse	Commentaires / Compléments d'information
Avez-vous des allergies respiratoires (asthme, rhume des foins, etc...) ?	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI	Si vous avez répondu OUI à au moins une des 10 questions relatives à vos allergies, <u>il faut apporter</u> : - Le résultat des tests d'allergologie que vous avez réalisés ; - Les courriers médicaux en rapport avec ces allergies (spécialistes, médecins traitants, hôpital, urgences, etc...) ;
Avez-vous des allergies alimentaires (incluant notamment les fruits exotiques, l'arachide, le gluten, les fruits de mer et les crustacés) ?	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI	
Êtes-vous allergique au latex (ex : gants, préservatifs, etc...) ?	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI	
Avez-vous des allergies aux piqûres de guêpes, d'abeilles ou autres insectes ?	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI	

* Si vous n'avez plus les ordonnances, merci de faire la liste des médicaments pris (nom du médicament, durée du traitement et si possible la dose prise).

Avez-vous une maladie allergique de la peau (allergie cutanée, urticaire, eczéma) ?		<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI	- Les ordonnances des traitements actuels ou passés * ou prescrits en cas de crise (auto-injecteur d'adrénaline, par exemple).
Êtes-vous allergique à un ou plusieurs médicament(s) ?		<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI	Si OUI, précisez : _____
Avez-vous des contre-indications aux vaccinations, avez-vous déjà mal réagi à un vaccin et/ou vous a-t-on interdit de faire certains vaccins ?		<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI	Si OUI, précisez : _____
Avez-vous une autre allergie non citée précédemment ?		<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI	Si OUI, laquelle ? _____
Avez-vous ou avez-vous eu un traitement pour votre/vos allergie(s) ?		<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI	Si OUI, lequel ? _____
Avez-vous déjà eu recours à des soins d'urgence (pompiers, SAMU, urgences) ou bénéficié d'une hospitalisation suite à une réaction allergique ?		<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI	Si OUI, précisez la cause et la date : _____
VOS ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX ET TRAUMATIQUES		Réponse		Commentaires / Compléments d'information
Chirurgie	Avez-vous déjà bénéficié d'une opération (en hospitalisation, en chirurgie ambulatoire) ?	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI	Si OUI, il faut apporter les comptes rendus opératoires et d'hospitalisation.
	↳ Si OUI Pour quel(s) motif(s) ?			
Anesthésie	Avez-vous déjà bénéficié d'une ou plusieurs anesthésie(s) générale(s) ?	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI	Si OUI, il faut apporter les comptes rendus opératoires ou d'hospitalisation.
	↳ Si OUI Pour quel(s) motif(s) ?			
Membres supérieurs	Avez-vous déjà eu une ou plusieurs luxation(s) d'épaule ?	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI	Si vous avez répondu OUI à au moins une de ces 4 questions, il faut apporter : - Les courriers médicaux des orthopédistes, chirurgiens, rééducateurs, médecins du sport, médecins traitants, etc... - Les comptes rendus d'imageries (scanner, IRM, radiographie, échographie, etc...) et d'hospitalisation. - les comptes rendus opératoires ; - Les bilans de kinésithérapie, podologie, etc... - Les ordonnances des traitements actuels ou passés *.
	Avez-vous ou avez-vous déjà eu des problèmes de santé aux épaules, bras, coudes, avant-bras, poignets ou mains (blocage, entorse, douleurs, etc...) ?	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI	
Membres inférieurs	Avez-vous ou avez-vous déjà eu des problèmes aux genoux (blocage, douleurs, entorse, etc...) ?	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI	- Les bilans de kinésithérapie, podologie, etc... - Les ordonnances des traitements actuels ou passés *.
	Avez-vous ou avez-vous eu des problèmes aux hanches, cuisses, jambes, chevilles ou pieds ?	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI	
Avez-vous eu des fractures ?		<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI	Si OUI, lesquelles et quand ? _____
Êtes-vous porteur de broches, clous, vis ou plaques ?		<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI	Si OUI, indiquez la localisation : _____
Avez-vous été victime d'un accident ayant entraîné des séquelles ?		<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI	Si OUI, quelles séquelles ? _____
Avez-vous eu d'autres problèmes au niveau des articulations, des os, ou des muscles ?		<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI	Si OUI, précisez : _____
Avez-vous été victime d'un traumatisme crânien ou d'une commotion cérébrale ?		<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI	Si OUI, il faut apporter les comptes rendus d'hospitalisation et des urgences, le courrier du neurologue et les comptes rendus d'imageries cérébrales (scanner, IRM).
↳ Si OUI	Avez-vous perdu connaissance ?	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI	Si OUI, quelles séquelles ? _____
	Avez-vous des séquelles ?	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI	
VOTRE VUE		Réponse		Commentaires / Compléments d'information
Portez-vous des lunettes, des lentilles de contact (souples ou rigides) ?		<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI	Si OUI, il faut impérativement apporter vos lunettes et prévoir un nécessaire de stockage pour les porteurs de lentilles , le jour de la visite médicale ainsi que votre dernière ordonnance de lunettes.
Avez-vous un problème de vision des couleurs ?		<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI	Si OUI, lequel ? _____
Avez-vous subi une blessure ou un traumatisme de l'œil ?		<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI	Si OUI, avez-vous des séquelles ? _____
Avez-vous ou avez-vous eu d'autre(s) maladie(s) des yeux ?		<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI	Si OUI, laquelle ? _____
Avez-vous été opéré(e) des yeux (incluant la chirurgie réfractive cornéenne ou intra-oculaire : PKR, LASIK, SMILE, implant phake, etc...)		<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI	Si OUI, il faut apporter : - le compte-rendu opératoire ou d'hospitalisation ; - les courriers de votre ophtalmologue ou médecin traitant.
↳ Si OUI	Date de la dernière intervention ?			
	De quelle intervention avez-vous bénéficié ?			
VOS OREILLES ET VOTRE NEZ		Réponses		Commentaires / Compléments d'informations
Entendez-vous mal et/ou avez-vous des sifflements dans les oreilles ?		<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI	Si vous avez répondu OUI à au moins une de ces 3 questions (et que vous avez consulté un médecin pour ce problème), il faut apporter : - Le courrier du spécialiste (ORL) ou du médecin traitant ; - Les résultats des examens complémentaires réalisés.
Avez-vous ou avez-vous eu une ou des maladie(s) des oreilles, du nez, des sinus ou du cou ?		<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI	
Avez-vous ou avez-vous eu des troubles de l'équilibre ou des vertiges ?		<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI	Si OUI, il faut apporter les comptes rendus opératoires et d'hospitalisation, et les courriers médicaux de suivi.
Avez-vous été opéré(e) des oreilles, du nez, des sinus, du cou ou de la thyroïde ?		<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI	
VOS DENTS		Réponse		Commentaires / Compléments d'informations
Bénéficiez-vous d'un suivi dentaire régulier ?		<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI	Si OUI, date de la dernière visite : _____
Avez-vous des soins dentaires et/ou orthodontiques en cours ?		<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI	Si OUI, lesquels ? _____

VOTRE DOS		Réponse	Commentaires / Compléments d'information
Souffrez-vous du dos ou de la colonne vertébrale ?		<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI	Si vous avez répondu OUI (et que vous avez consulté un médecin pour ce problème), <u>il faut apporter</u> : - Le courrier du spécialiste (orthopédiste, neurochirurgien, rhumatologue, etc..) ou du médecin traitant ; - Les résultats des examens complémentaires réalisés (radiographie, scanner, IRM) ; - Les comptes rendus d'infiltration, de rééducation, de kinésithérapie, d'ostéopathie, etc... ; - Les ordonnances des traitements actuels ou passés *.
Date du dernier épisode douloureux			
Les douleurs sont-elles permanentes et/ou fréquentes ?		<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI	
↳ Si OUI	Les douleurs surviennent-elles après un effort et/ou après le port de charges lourdes ?	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI	
	Ces douleurs sont-elles apparues après un accident ?	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI	
	Prenez-vous parfois un traitement contre vos douleurs de dos ?	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI	
VOS SOUCIS		Réponse	Commentaires / Compléments d'information
Avez-vous déjà consulté un psychiatre ou un psychologue ?		<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI	Si vous avez déjà consulté un psychiatre, un psychologue ou votre médecin traitant (ou un autre médecin) pour l'un de ces soucis, <u>il faut apporter</u> : - Le courrier du spécialiste (psychiatre, psychologue) ou du médecin traitant ; - Les comptes rendus d'hospitalisation ou de passage aux urgences ; - Les ordonnances des traitements actuels ou passés *.
Êtes-vous claustrophobe (peur des espaces confinés) ?		<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI	
Avez-vous fait des crises d'angoisse ?		<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI	
Avez-vous eu des crises de nerf ou des colères violentes ?		<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI	
Avez-vous eu des troubles de l'alimentation (anorexie, boulimie, etc...) ?		<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI	
Vous êtes-vous infligé(e) des blessures volontaires ?		<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI	
Avez-vous fait une ou plusieurs tentatives de suicide ?		<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI	
Avez-vous été renvoyé(e) d'un établissement scolaire ou été déscolarisé(e) ?		<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI	
Avez-vous eu des ennuis avec la justice ?		<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI	
VOS HABITUDES DE VIE		Réponse	Commentaires / Compléments d'information
Combien d'heures de sport faites-vous par semaine ?		h/semaine	Quels sports pratiquez-vous ?
Êtes-vous donneur de sang régulier ?		<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI	Si vous détenez une carte de groupe sanguin, apportez là.
Êtes-vous porteur d'un ou plusieurs tatouage(s) et/ou piercing(s) ?		<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI	Si OUI, effectué(s) par un professionnel ? <input type="radio"/> NON / <input type="radio"/> OUI
Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?		/jour	Si vous fumez, depuis combien d'années ?
Avez-vous eu des épisodes d'ivresse à l'alcool ?		<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI	Si vous avez déjà été hospitalisé(e) ou si vous avez déjà consulté un addictologue, alcoologue ou votre médecin traitant pour un sevrage à une drogue ou à l'alcool, <u>il faut apporter</u> : - les courriers de l'addictologue, alcoologue ou médecin traitant ; - les comptes rendus d'hospitalisation(s) ou de cure(s) ; - Les ordonnances des traitements actuels ou passés *.
Avez-vous été ou êtes-vous sous traitement substitutif de l'héroïne ?		<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI	
Vous sentez-vous dépendant de ce que vous consommez ou avez-vous l'impression de trop consommer de toxiques et/ou d'alcool ?		<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI	
Avez-vous déjà été hospitalisé(e) ou avez-vous déjà bénéficié(e) d'une cure dans le cadre d'un sevrage ou d'une désintoxication ?		<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI	
Avez-vous déjà consommé des drogues ou des toxiques ?		<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI	
↳ Si OUI	Précisez les drogues et la date de dernière consommation		
VOS AUTRES SOUCIS DE SANTÉ		Réponse	Commentaires / Compléments d'information
Sur la dernière année, avez-vous eu un congé maladie (arrêt de travail, exemption scolaire, etc...) ?		<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI	Si OUI, pour quels motifs ?
Dans les prochains mois, devez-vous subir des examens médicaux ou subir une intervention chirurgicale ?		<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI	Si OUI, <u>il faut apporter</u> les documents médicaux en rapport avec ces examens, hospitalisations ou opérations.
↳ Si OUI	Pour quel(s) motif(s) ?		
Prenez-vous un médicament régulièrement (dont contraception) ?		<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI	Si OUI, <u>il faut apporter</u> vos ordonnances*.
↳ Si OUI	Précisez		
Avez-vous actuellement ou avez-vous eu d'autre(s) maladie(s) ou problème(s) de santé qui n'auraient pas déjà été signalés précédemment ?		<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI	Si OUI, <u>il faut apporter</u> les documents médicaux en rapport avec cette ou ces pathologie(s).
↳ Si OUI	Précisez		
Informations complémentaires que vous estimez nécessaires de porter à la connaissance du médecin			
VOTRE MEDECIN TRAITANT		Réponse	
Nom et ville de votre médecin traitant			

Je, soussigné(e), certifie sur l'honneur :

- avoir répondu de façon sincère à ce questionnaire médical et ne pas avoir connaissance de problèmes de santé autres que ceux signalés ici ;
- avoir conscience que tout problème de santé, caché ou omis, volontairement ou involontairement, peut entraîner mon inaptitude médicale même après mon engagement et est susceptible d'entraîner une détérioration de mon état de santé du fait du métier de militaire ;
- être informé que ce questionnaire est le préalable d'un examen médical complet (impliquant d'être en sous-vêtements) mené par un médecin lors de votre visite d'expertise médicale initiale.

Date et signature du candidat à l'engagement:

Certificat médical aptitude à la vie en internat au lycée naval

Fait à, le.....

Je soussigné(e),.....

Certifie avoir examiné ce jour :

M, Mme :

Né(e) :

Et avoir effectué les constatations suivantes :

- Il/Elle ne présente pas de maladie contagieuse évolutive,
- Son état de santé est compatible avec la vie en internat au lycée naval (internat en chambre et sanitaires collectifs, absence d’ascenseur pour l’accès aux chambres,...),
- Son état de santé ne nécessite pas de présence médicale et/ou paramédicale la nuit et le week-end,

Elément(s) médical(aux) et/ou traitements notable(s) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Certificat remis en main propre pour faire valoir de ce droit