

QUESTIONNAIRE MEDICAL

Ce document est à remplir par le candidat et à remettre au médecin généraliste agréé lors de la visite médicale réglementaire. Après en avoir pris connaissance et l'avoir cacheté sous pli confidentiel secret médical, le praticien le joindra au certificat d'aptitude n° 170

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Votre entrée dans l'Administration est soumise à un examen en vue de vérifier votre aptitude physique. Afin de faciliter l'entretien que vous allez avoir avec le médecin, nous vous demandons de bien vouloir répondre aux questions ci-après.

En raison du caractère confidentiel de ce questionnaire (qui sera conservé dans votre dossier médical) ce dernier ne devra être remis qu'au médecin qui vous recevra. Nous vous demandons donc de le remplir avec la plus grande exactitude.

- Nom, prénom :
- Date et lieu de naissance :
- Numéro de sécurité sociale :
- Situation militaire :
- Professions antérieures :
- Antécédents médicaux :
- Quelles sont les maladies dont vous avez été atteint ?
- Avez-vous subi des interventions chirurgicales,
 Si oui, indiquez-en la nature :
- Suivez-vous, actuellement, un traitement médical ?
 Si oui, lequel :
- Si vous avez été hospitalisé, dans quel établissement et quel service ?
- Bénéficiez-vous d'une pension civile ou militaire d'invalidité ? (si oui, pouvez-vous communiquer un intercalaire descriptif des invalidités ayant ouvert droit à pension)
- Indiquer le nom et l'adresse de votre médecin traitant :

A le

Signature du candidat

Partie à remplir par le médecin

Si l'intéressé présente, à titre documentaire, un **taux d'invalidité permanente partielle**, indiquez ce taux (le taux s'entend globalement pour l'état général en tenant compte le cas échéant des infirmités ou handicaps) :%.

A le Signature du médecin agréé

