



ANNEXE SANTE 1 - QUESTIONNAIRE ELEVE 2021-2022

CLASSE :

CONFIDENTIEL MEDICAL



Ce questionnaire est à renseigner et à présenter lors de l'arrivée au lycée

QUESTIONNAIRE DE SANTE

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 arrivée au lycée militaire. Il vous sera demandé d'être en sous-vêtements.

Pour faciliter vos démarches vous devez renvoyer, l'ensemble des documents suivants :

- ce questionnaire entièrement rempli et signé ;
- copie de votre 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 : <input type="radio"/> Femme <input type="radio"/> Homme
Numéro de téléphone :	Adresse électronique :

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"/>
	Quel est son âge ?	ans	
	Est-elle ou était-elle malade ?	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI	Si décédée, âge du décès :
	↳ Si OUI Quelle(s) maladie(s) ?		
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"/>
	Quel est son âge ?	ans	
	Est-il ou était-il malade ?	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI	Si décédé, âge du décès :
	↳ Si OUI Quelle(s) maladie(s) ?		
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 :
Hypertension artérielle ou maladie du cœur		<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI	Si OUI, précisez qui :
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 :
Diabète		<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI	Si OUI, précisez qui :
Epilepsie		<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI	Si OUI, précisez qui :
Dépression ou décès par suicide		<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI	Si OUI, précisez qui :
Cancer		<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI	Si OUI, précisez qui et le type de cancer :
Autre(s) maladie(s)		<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI	Si OUI, précisez qui et la maladie :

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, il faut apporter les documents en rapport avec cette reconnaissance ou cette affection.			
Toux durant plusieurs semaines, essouffement, 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, il faut apporter : - 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, il faut apporter :			
Palpitations ou problème(s) de rythme cardiaque	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI	- 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*.			
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				
Jaunisse, maladie du foie (hépatite...), maladie du pancréas (pancréatite...)	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI	Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs de ces 10 questions, il faut apporter :			
Ulcère digestif, autre(s) maladie(s) digestive(s) (maladie de Crohn, rectocolite hémorragique, autre...)	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI	- 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 *.			
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, il faut apporter :	
Avez-vous déjà fait des crises d'épilepsie ou des convulsions ?	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI			- 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 *.	
Etes-vous connu(e) comme épileptique ?	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI				
↳ 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, lequel ?			
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	Si OUI, lesquelles ?			
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, il faut apporter 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, il faut apporter 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, il faut apporter 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, il faut apporter : - 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 et 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	
	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	
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	Si OUI, il faut apporter les comptes rendus opératoires et d'hospitalisation, et les courriers médicaux de suivi.
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), il faut apporter : - 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			
↳ Si OUI	Les douleurs sont-elles permanentes et/ou fréquentes ?	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> 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, il faut apporter : - 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, il faut apporter : - 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, il faut apporter 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, il faut apporter 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, il faut apporter 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			

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

	PERE	MERE
profession		
adresse		
téléphone domicile		
téléphone travail		
téléphone portable		
adresse mail		

FRERES :

SOEURS :

Durant votre scolarité, avez vous bénéficié d'un Plan d'Accueil Individualisé (PAI) ? Le cas échéant, et si vous souhaitez le reconduire, merci de prendre contact à l'adresse ci-après :

De même, si vous souhaitez être reçu par le médecin responsable de l'antenne médicale du lycée militaire le jour de votre arrivée, merci de prendre rendez-vous en écrivant à l'adresse mail ci-dessous :

antenne.medicale@lycee-militaire-aix.fr

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 de l'élève ou du tuteur légal