



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE LA DÉFENSE



ÉCOLE DU VAL DE GRACE

BUREAU DES CONCOURS

CONCOURS D'ADMISSION A L'ÉCOLE
DE SANTÉ DES ARMÉES ANNÉE 2015
(Catégorie Baccalauréat)
Sections médecine et pharmacie

NOM

.....

Prénom

.....

Né(e) le

.....

DRSSA/DIASS :

.....

(rempli par la DRSSA/DIASS de rattachement)

(Ne pas agraffer le haut)

Composition du dossier d'inscription.

Pièces à présenter dans l'ordre suivant :

1- Documents administratifs :

- 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).
- 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 défense citoyenneté (JDC) 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 JDC).

2- Documents médicaux :

- 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.

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

Nota :

Le 20 février 2015 : Date limite de dépôt du dossier d'inscription le cachet de la poste faisant foi*.

Le 15 avril 2015 : Date des épreuves écrites

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 et sur l'importance de la fiabilité des informations fournies (mail et numéro de téléphone)

N°,
rue :

Lieu-dit :

Commune :

Code postal :

Pays :

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

Adresse Internet :

Coordonnées l'établissement scolaire ou universitaire fréquenté :

.....

Coordonnées l'établissement scolaire ou a été effectuée la terminale :

.....

Année de la terminale :

Diplômes obtenus, cycle universitaire en cours :

Renseignements complémentaires jugés utiles :

.....

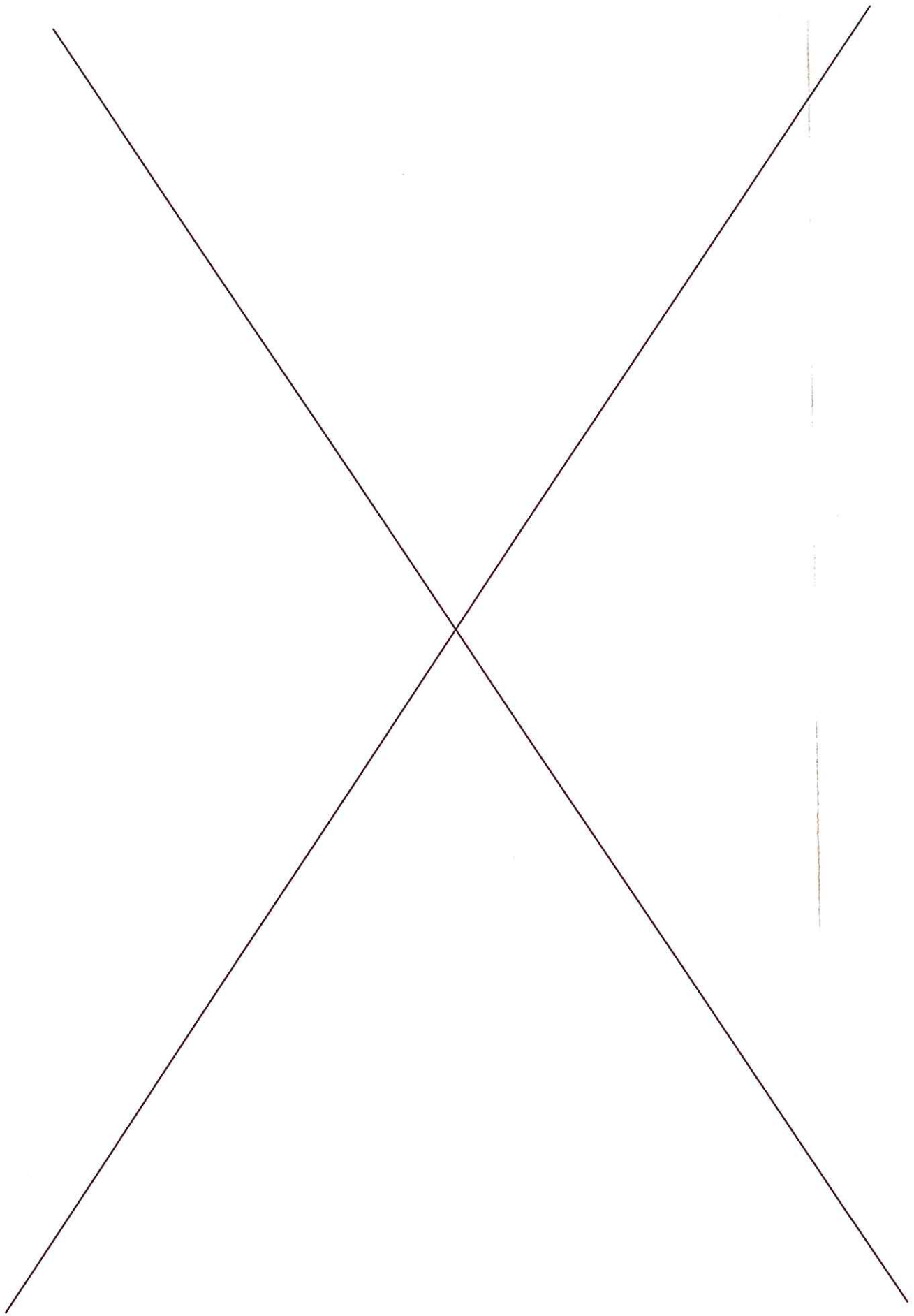
Orientation préférentielle : (Numéroter 1 ou 2)

Médecine

Pharmacie

Ale,

(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

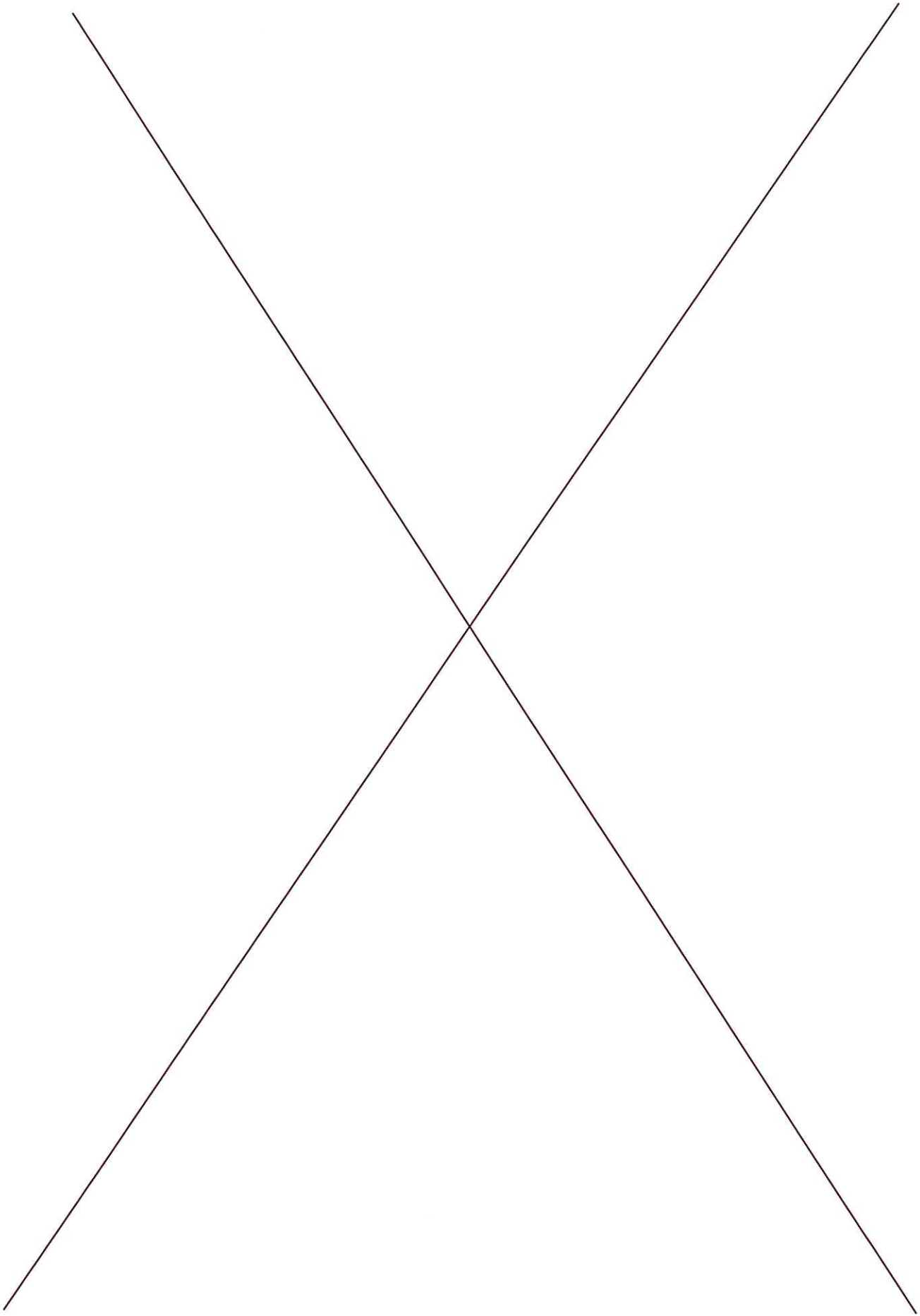
doivent avoir lieu le(6)

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 MÉDICO-BIOGRAPHIQUE INITIAL

CONFIDENTIEL MEDICAL

À renseigner lors de l'expertise médicale initiale

Nom :	Prénom :	Sexe :
Date et lieu de naissance :		
Adresse :		
Situation de famille :		Nombre d'enfants :
Profession actuelle :		Numéro de téléphone :

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

VOS 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, cousins) a-t-il ou a-t-il 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

VOS ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX PERSONNELS :

Avez-vous eu une des maladies suivantes ?

- Bronchite fréquente : OUI NON
- Asthme : OUI NON
- Pneumothorax – pleurésie : OUI NON
- Tuberculose : OUI NON
- Syncope, évanouissement, perte de connaissance : OUI NON
- Palpitations : OUI NON
- Hypertension artérielle ou maladie du 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 :
- Anomalies sur un bilan sanguin : 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
- Autres maladies : OUI NON
- Si OUI, précisez :
- Avez-vous déjà été hospitalisé : OUI NON
- Si OUI, précisez le motif :

VOS ALLERGIES :

- Etes-vous allergique à certains médicaments : OUI NON
- Si OUI, lesquels :
- Avez-vous des allergies de la peau (urticaire, eczéma) : OUI NON
- Avez-vous des allergies respiratoires (asthme – rhume des foins) : OUI NON
- Avez-vous des allergies alimentaires : OUI NON
- Si OUI, lesquelles :
- Avez-vous des contre-indications aux vaccinations : OUI NON
- Si OUI, lesquelles :
- Avez-vous une allergie aux piqûres de guêpes, d'abeilles ou d'autres insectes : OUI NON
- Si OUI, avez-vous été désensibilisé : OUI NON

VOS ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX ET TRAUMATIQUES :

- Avez-vous subi une intervention chirurgicale : OUI NON
- Si OUI, laquelle :
- Avez-vous eu une anesthésie générale : OUI NON
- Avez-vous été victime d'un traumatisme crânien : 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 broche, clou, vis ou plaque : OUI NON
- Avez-vous eu des problèmes aux genoux (blocages, douleur, entorse) : OUI NON
- Autres antécédents articulaires (luxations, entorses ...) ou osseux : OUI NON
- Si OUI, préciser :

VOTRE VUE :

- 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

VOS OREILLES ET VOTRE NEZ :

- 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 casque ou des écouteurs pour écouter la musique : OUI NON

VOS DENTS :

- Avez-vous des caries dentaires : OUI NON
 - Quand avez-vous consulté un dentiste pour la dernière fois :

VOTRE COLONNE VERTEBRALE :

- 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

VOS SOUCIS :

- Avez-vous eu une maladie nerveuse, une dépression : OUI NON
 - Etes-vous claustrophobe (avez-vous peur dans un espace confiné ?) : OUI NON
 - Avez-vous eu des crises de nerfs ou des colères violentes : OUI NON
 - Avez-vous eu des troubles de l'alimentation (anorexie – boulimie) : OUI NON
 - Avez-vous uriné au lit après l'âge de 7 ans : OUI NON
 - Avez-vous été ou êtes-vous actuellement en traitement pour troubles nerveux : ... OUI NON
 - Vous êtes-vous infligé des blessures volontaires : OUI NON
 - Avez-vous fait une ou plusieurs tentatives de suicide : OUI NON
 - Avez-vous été en institut médico-pédagogique : OUI NON
 - Avez-vous été renvoyé d'un établissement scolaire : OUI NON
 - Avez-vous eu des ennuis avec la justice : OUI NON

VOS 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 :
 - Etes-vous fumeur habituel de tabac : OUI NON
 - Buvez-vous des boissons alcoolisées (bière, vin, apéritif, etc.) : OUI NON
 - Avez-vous eu des épisodes d'ivresse : OUI NON
 - Avez-vous déjà consommé des drogues ou des toxiques : OUI NON
 Si OUI - Précisez lesquels :
 - En avez-vous pris récemment : OUI NON
 - Date de la dernière consommation :
 - Vous sentez-vous dépendant de ce que vous consommez : OUI NON
 - Etes-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

- Etes-vous donneur de sang régulier : OUI NON
 - Prenez-vous un traitement médicamenteux actuellement : OUI NON
 Si OUI - Quels médicaments ?

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, y-a-t-il eu une inaptitude : OUI NON
 - Si OUI, laquelle :
 - Avez-vous eu une autre maladie non signalée dans le questionnaire : OUI NON
 Si OUI, laquelle :

COORDONNEES DE VOTRE MEDECIN 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 MÉDICAL D'APTITUDE INITIALE

Cachet de l'organisme dont relève le médecin
avant effectué la visite

MINISTÈRE DE LA DÉFENSE
SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES

Imprimé n° 620-4*/10
Instruction n°
1700/DEF/DCSSA/PC/MA
du 31 juillet 2014
Format A3.
(recto-verso)

CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE INITIALE (1)
CONFIDENTIEL MÉDICAL

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

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

Antécédents personnels :

Antécédents familiaux :

Allergies identifiées :

Traitement en cours :

Etat vaccinal connu non connu Joindre une copie du carnet de vaccination

Contre-indication à une vaccination : OUI NON Refus de vaccination : OUI NON

Préciser :

SIGLE G =

ASPECT GÉNÉRAL (4) :

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

Indice de masse corporelle ($\frac{P}{T^2}$) : Périmètre abdominal :

Rachis :

Sangle abdominale :

Appareil respiratoire

Examen clinique :

Examens para-cliniques (5) :

Appareil circulatoire :

Pouls : Pression artérielle :

Examen clinique :

Cœur :

Système circulatoire périphérique artériel :

Système circulatoire périphérique veineux :

E.C.G (6) :

Appareil digestif :

Examen clinique :

Examens para-cliniques (5) :

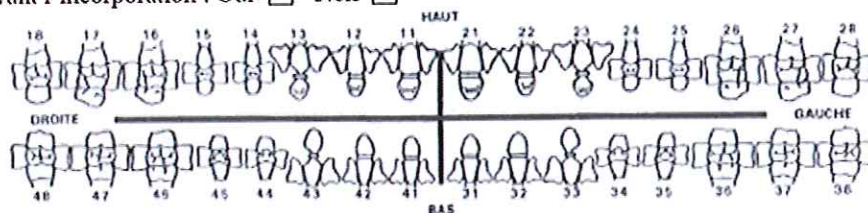
Appareil neurologique :

Examen clinique :

Examens para-cliniques (5) :

Etat bucco-dentaire Satisfaisant Déficient Caries dentaires multiples

Soins à prévoir avant l'incorporation : Oui Non



Appareil génito-urinaire

Examen clinique :

Analyse des urines : - Protéines : - Glucose (7) : - Sang :

- Recherche de B.H.C.G (5) :

- Examen gynécologique (8) :

- Situation obstétricale : Apte Inapte temporaire

Glandes endocrines :

Appareil spléno-ganglionnaire :

Peau et muqueuses :

SIGLE S =

MEMBRES SUPÉRIEURS :

.....

SIGLE I =

MEMBRES INFÉRIEURS :

.....

SIGLE Y =

YEUX ET VISION (9) :

Expertise par un spécialiste (10) : OUI NON

Examen clinique :

Examens paracliniques :

	Acuité visuelle		Correction indiquée	Milieux transparents	Fond d'œil	Vision binoculaire
	sans correction	avec correction				
O.D.						
O.G.						

SIGLE C =

SENS CHROMATIQUE :

Expertise par un spécialiste : OUI NON

Test de capacité chromatique professionnelle (10) : satisfaisant non satisfaisant

SIGLE O =

OREILLES ET AUDITION (11) :

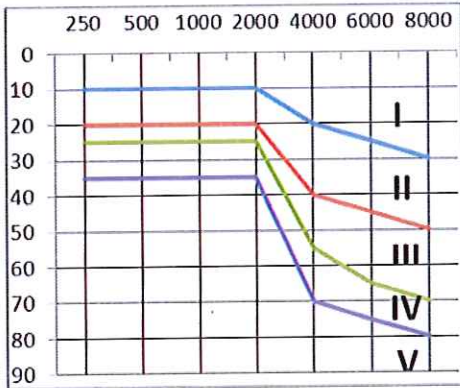
Expertise par un spécialiste : OUI NON

Troubles fonctionnels :

Examen des tympons :

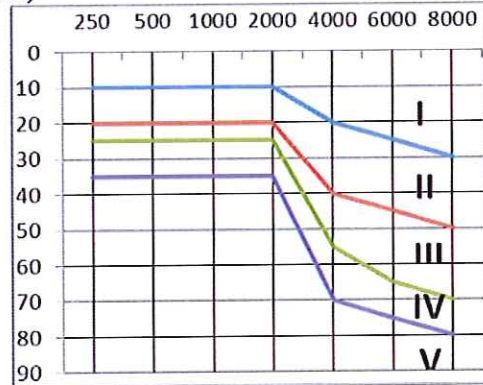
Examens para-cliniques (5) :

AUDIOGRAMME (obligatoire)



OG

O	I	II	III	IV	V
I	1	2	3	4	5
II	2	2	4	5	5
III	3	4	5	5	5
IV	4	5	5	5	6
V	5	5	5	6	6



OD

SIGLE P =

PSYCHISME :

Conduites addictives (alcool, drogues, médicaments détournés de leur usage) :

Constatations et observations :

Aptitude particulière des candidats à l'entrée dans la Gendarmerie nationale :

- Absence de toxicomanie avérée ou décelée cliniquement ou biologiquement.
- Absence de bégaiement prononcé.
- Absence de contre-indication apparente au port et à l'usage de l'arme.

CONSTATATIONS DIVERSES (12) :

Demande d'avis spécialisé ou examens complémentaires prescrits :

En conséquence, j'estime que Mr, Mme (13) :

présente le profil médical suivant :

S	I	G	Y	C	O	P

Ne présente ce jour aucune affection apparente contre-indiquant la pratique des épreuves sportives :

Présente ce jour une affection contre-indiquant la pratique des épreuves sportives :

- A titre temporaire

- A titre définitif

A (lieu) , le

Nom, prénom, grade, fonction, unité d'affectation
et signature du médecin qui a examiné le candidat
NUMÉRO RPPS

CARTOUCHE RÉSERVÉ A L'INCORPORATION

- Faits pathologiques nouveaux :

Date d'incorporation	S	I	G	Y	C	O	P
le							

Nom, prénom, grade, fonction, unité d'affectation
et signature du médecin incorporateur
NUMÉRO RPPS

(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'ECG est pratiqué systématiquement.

(7) Une glycémie capillaire sera réalisée en cas de glycosurie

(8) Examen gynécologique pratiqué uniquement sur symptomatologie fonctionnelle et par un spécialiste.

(9) 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).

(10) Expertise par un spécialiste militaire obligatoire pour les candidats aux écoles d'officier Marine (joindre le billet de consultation du spécialiste).

(11) 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).

(12) Mentionner ici les traitements en cours.

(13) Inscrire les noms et prénoms du (de la) candidat(e).

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 Caserne Ney CS 30001 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 Quartier Général Frère BP 41 69998 Lyon Cedex 04	04 72 00 54 51
04, 05, 06, 11, 13, 30, 34, 48, 66, 83, 84, 2A/2B	BCRM 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 caserne Nansouty 223, rue de Bègles CS 21152 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, Mome Desaix, BP 608, 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 Madelaine, CS 56019, 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 38, 98863 Nouméa Cedex	00 687 29 24 73
Polynésie	Monsieur le Directeur interarmées du Service de Santé en Polynésie française, BP 9462 98715 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, BP67709, 97804 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
Emirats Arabes Unis	Monsieur le Directeur interarmées du Service de Santé des Forces françaises DIASS FFEAU SP 15066, 00200 HUB Armées	
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