



CERTIFICAT MEDICAL POUR SUIVRE LA FORMATION

DOCUMENT A REMETTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL AU CHARGE DES FORMATIONS

Le candidat que vous allez examiner sur le plan médical sera appelé à participer à un programme de formation dont certaines activités opérationnelles nécessitent une autonomie de fonctionnement et une adaptation à un contexte spécifique (déplacements pédestres, construction, mécanique).

Dans l'optique de l'intégration du candidat, vous voudrez bien porter spécialement votre examen sur les points suivants et exiger, pour prononcer l'aptitude :

- un bon état général physique et mental compatible avec la vie en collectivité,
- un bon état cardio-vasculaire,
- l'intégrité de l'appareil locomoteur,
- l'absence de séquelles neurologiques post-traumatiques,
- l'absence de troubles d'équilibre et de troubles importants de l'audition,
- l'absence de troubles non corrigés de la vision,
- l'absence de terrain allergique sévère contre indiquant les vaccinations par exemple (nous conseillons vivement la mise à jour des vaccinations, notamment DT Polio et éventuellement Hépatite, Méningite en prévision d'un départ en mission en fin de formation) ou d'hypersensibilité aux piqûres d'insectes,

Antécédents chirurgicaux :	oui non	Si oui, préciser :
Antécédents médicaux :	oui non	Si oui, préciser :
Traitement en cours et posologies :	oui non	Si oui, préciser :
Allergies médicamenteuses :	oui non	Si oui, préciser :
Autres allergies :	oui non	Si oui, préciser :
Asthme :	oui non	Traitement :
Crises d'épilepsie :	oui non	Traitement :
Crises de tétanie :	oui non	Traitement :
Diabète :	oui non	Traitement :
Stabilisé :	oui non	Traitement :
Hypertension artérielle :	oui non	Traitement :
Hypertension oculaire :	oui non	Traitement :
Migraines :	oui non	Traitement :
Narcolepsie :	oui non	Traitement :
Pacemaker :	oui non	Traitement :
Troubles du rythme cardiaque :	oui non	Traitement :
Type :		
Troubles de la circulation sanguine :	oui non	Traitement :
Troubles oculaires :	oui non	Traitement :

Autres informations que vous souhaitez porter à notre connaissance :

RAS Pat connecter optique obligatoirement

Date de la visite *30/08/2021* Avis suite à la visite, cochez la case correspondante ci-dessous :

Mme, M. *Mame Cheikh NAÏYE*

ne présente pas de contre-indications, à participer au programme de formation.

présente des contre-indications, à participer au programme de formation. Pour information, si le candidat présente des contre-indications, il ne sera pas autorisé à participer à la formation.

Nom du Médecin ou du Centre, cachet et signature :

Dr Patrick ZIEBA
 3, Av. des Ambassades
 DAKAR SENEGAL