



CERTIFICAT DE VISITE

Je soussigné.....
 Après avoir examiné M :.....
 Né (e) le.....
 Certifie avoir fait les constatations :

ETAT GENERAL

Taille :.....Poids :.....PTM :.....Indice de Pignet :.....
 Aspect général :.....Rachis.....

APPAREIL RESPIRATOIRES : Radioscopie

APPAREIL CIRCULAIRE : Pouls :.....TA :.....Auscultation :.....Système nerveux périphérique.....

APPAREIL DIGESTIF : ETAT BUCCO DENTAIRE/

Examen clinique :.....(à faire par un Dentiste s'il existe dans la garnison)

APPAREIL GENITO-URINAIRE : URINE : S :.....A :.....Examen clinique :.....

VISION

	Acuité visuelle		Sens chromatique
	S.C	A.C	
O.D			
O.G			

AUDITION

	Acuité auditive
O.D	
O.G	

MEMBRES SUPERIEURS

/ S /

MEMBRES INFERIEURS

/ I /

FACULTES INTELLECTUELLES

FACULTES PSYCHIQUES

/ P /

CONTESTATIONS DIVERSES

En conséquence, j'estime que M. Mlle.....qui présente le profil médical suivant

S	I	G	Y	C	O	P

SATISFAIT, ne SATISFAIT PAS aux conditions d'aptitude médicale requise pour l'admission à l'Ecole Militaire de Santé.

A, le
 Signature et cachet du Médecin