



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

## MINISTÈRE DE LA DÉFENSE ET DES ANCIENS COMBATTANTS



Service  
de Santé  
des Armées

DIRECTION CENTRALE  
DU SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES

NOM .....

Prénom .....

Né(e) le ..... DRSSA/DIASS : .....

(Ne pas agraffer le haut)

(remplit par la DRSSA/DIASS de rattachement)

### CONCOURS D'ADMISSION A L'ÉCOLE DE SANTÉ DES ARMÉES ANNÉE 2012

(Catégorie 1<sup>ère</sup> année des études de santé)

Utilisation de la pochette :

1. - **Date limite de dépôt du dossier d'inscription : 27 janvier 2012**, le cachet de la poste faisant foi.
2. - **Composition du dossier d'inscription.**

**Pièces à présenter dans l'ordre suivant :**

- 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).
- 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.
- Fiche de connaissance du concours.
- Attestation d'inscription en première année des études de santé. L'attestation de validation de la première année des études de santé ainsi que le relevé de notes devront être fournis au plus tard le dernier jour des épreuves orales..
- 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 d'appel de préparation à la défense (JAPD) 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 JAPD).

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

**NOTA :** Date de l'épreuve écrite : le 4 avril 2012.

FICHE DE CANDIDATURE

AUX 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.

N°, rue : .....

Lieu-dit : .....

Commune : .....

Code postal : .....

Pays : .....

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

Adresse Internet : .....

Intitulé, adresse et numéro de téléphone de l'établissement scolaire ou universitaire fréquenté : .....

Diplômes obtenus, cycle universitaire en cours : .....

Renseignements complémentaires jugés utiles : .....

A

le,

(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 du service 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 MEDICO-BIOGRAPHIQUE

### CONFIDENTIEL MEDICAL

- A renseigner lors de la visite médicale initiale ou de sélection -

NOM : .....	PRENOM : .....	SEXE : .....
DATE ET LIEU DE NAISSANCE : .....		
ADRESSE : .....		
SITUATION DE FAMILLE : .....		NOMBRE D'ENFANTS : .....
PROFESSION ACTUELLE : .....		

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

#### ANTECEDENTS 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 décédé, précisez la cause : .....

Un des membres de votre famille (parents, grands-parents, frère, sœur, oncle, tante, cousin, cousine) a-t-il ou a-t-elle 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

#### ANTECEDENTS MEDICAUX PERSONNELS : Avez vous eu une des maladies suivantes :

- Bronchite fréquente : .....  OUI  NON  
 - Asthme : .....  OUI  NON  
 - Tuberculose : .....  OUI  NON  
 - Syncope, évanouissement : .....  OUI  NON  
 - Palpitations : .....  OUI  NON  
 - Hypertension artérielle ou maladie du cœur : .....  OUI  NON  
 Si OUI, précisez : .....

- Manifestations d'intolérance à l'effort (maux 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 : .....
- 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 : .....

#### **TERRAIN ALLERGIQUE :**

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

#### **ANTECEDENTS CHIRURGICAUX ET TRAUMATIQUES :**

- Avez-vous subi une intervention chirurgicale pour un de ces problèmes :  
 • Appendice : .....  OUI  NON  
 • Hernie(s) : .....  OUI  NON  
 • Autres à préciser : .....  OUI  NON
- 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 : .....
- Etes 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 (luxations, entorses ...) : .....  OUI  NON  
Si OUI, préciser : .....

**YEUX :**

- 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

**NEZ GORGE OREILLES DENTS :**

- 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 baladeur : .....  OUI  NON  
- Avez-vous des caries dentaires : .....  OUI  NON

**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

**TROUBLES NERVEUX :**

- Avez-vous fréquemment mal à la tête : .....  OUI  NON  
- Avez-vous eu des évanouissements en dehors d'un traumatisme : .....  OUI  NON  
- Avez-vous eu une maladie nerveuse, une dépression : .....  OUI  NON  
- Avez-vous eu des crises de nerfs ou des colères violentes : .....  OUI  NON  
- Avez-vous fait une ou plusieurs tentatives de suicide : .....  OUI  NON  
- Avez-vous eu des troubles de l'alimentation (anorexie – boulimie) : .....  OUI  NON  
- Avez-vous été ou êtes-vous actuellement en traitement pour troubles nerveux : .....  OUI  NON  
- Avez-vous uriné au lit après l'âge de 7 ans : .....  OUI  NON  
- Avez-vous été en institut médico-pédagogique : .....  OUI  NON

**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 déjà consommé des drogues ou des toxiques : .....  OUI  NON  
Si OUI - Précisez lesquels : .....

- En avez-vous pris récemment : .....  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

**TRAITEMENTS :**

- Prenez-vous un traitement médicamenteux actuellement : .....  OUI  NON
- Si OUI - Quels médicaments : .....

**AUTRE(S) MALADIE(S) NON SIGNALÉE(S) DANS LE QUESTIONNAIRE :**

Laquelle  
(lesquelles).....

**RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES :**

- 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 : Avez-vous eu des problèmes médicaux : .....  OUI  NON
- Si OUI, lesquels : .....

**Coordonnées de votre médecin 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 MEDICAL D'APTITUDE INITIALE**

Cachet ou indication de l'unité (N° FORSSA) ou de l'organisme  
dont relève le médecin ayant effectué la visite

**CONFIDENTIEL MEDICAL**  
**CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE INITIALE (1)**

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

Je soussigné(e), médecin (2) .....  
après avoir examiné M<sup>r</sup>, M<sup>me</sup>, M<sup>lle</sup> (3) ..... né(e) le [ ] [ ] [ ] [ ]  
[ ] [ ] [ ] [ ] J M A  
demeurant à ..... code postal .....

certifie avoir fait les constatations suivantes :

**SIGLE G =**

**ASPECT GENERAL (4):**

BIOMETRIE - Taille (cm) : [ ] [ ] [ ] [ ] Poids (en kg) : [ ] [ ] [ ] [ ]

- Indice de masse corporelle P/(T)<sup>2</sup> : .....

**Rachis :** .....

**Sangle abdominale :** .....

Antécédents médicaux et chirurgicaux : .....

Allergies identifiées : .....

Etat vaccinal : Connu  Non connu

VACCINS	Date dernière vaccination
B.C.G.	
Diphtérie-Tétanos-Polio	
Coqueluche	
R.O.Rubéole	
Méningite à Méningo	
Hépatite B	
Hépatite A	
Fièvre jaune	
Typhoïde	

**APPAREIL RESPIRATOIRE :**

Examen clinique : .....

Examens paracliniques (5) : .....

**APPAREIL CIRCULATOIRE :**

Pouls : ..... Tension artérielle : .....

**Examen clinique : Cœur :**

Système circulatoire périphérique artériel : .....

Système circulatoire périphérique veineux : .....

E.C.G (6) : .....

**ETAT BUCCO-DENTAIRE :** Satisfaisant  Déficient

Caries dentaires multiples

Maxillaire  
droit

Valeur : 2 5 5 3 3 4 1 2	2 1 4 3 3 5 5 2 : Valeur
Dents : 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 : Dents
Dents : 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 : Dents
Valeur : 3 5 5 3 3 4 1 1	1 1 4 3 3 5 5 3 : Valeur

Maxillaire  
gauche

Articulé dentaire : .....

Coeff. Mastication  %

**APPAREIL DIGESTIF :**

Examen clinique : .....

Examens paracliniques (5) : .....

**APPAREIL GENITO-URINAIRE :**

Examen clinique : .....

Analyse des urines : - Protéines : ..... - Glucose : ..... - Sang : .....

- Recherche de β.H.C.G (5) : .....

- Examen gynécologique (7) : .....

- Situation obstétricale : ..... Apte  ..... Inapte temporaire

**APPAREIL NEUROLOGIQUE :**

Antécédents (traumatisme crânien, perte de connaissance, comitialité ...) : .....

Examen clinique : .....

Examens paracliniques (5) : .....

**GLANDES ENDOCRINES :** .....

**APPAREIL SPLENO GANGLIONNAIRE :** .....

**PEAU ET MUQUEUSES :** .....

**SIGLE S =**

**MEMBRES**

**SIGLE I =**

**MEMBRES**

**SIGLE Y =**

**YEUX ET VISION (8) :**

Expertise par un spécialiste (9) : ..... OUI  NON

Antécédents : .....

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**

Expertise par un spécialiste : ..... OUI  NON

Test de capacité chromatique professionnelle (9) : ..... satisfaisant  non satisfaisant

**SIGLE O =**

**OREILLES ET AUDITION**

Expertise par un spécialiste : ..... OUI  NON

Antécédents : .....

Troubles fonctionnels (labyrinthiques ou particulier) : .....

Examen des tympans : .....

Examens paracliniques (5) : .....

**AUDIOGRAMME (obligatoire)**

	125	250	500	1000	2000	4000	6000	8000	Hz
10									
20									
30									
40									
50									
60									
70									
80									
90									
100									

**O.D.**

	125	250	500	1000	2000	4000	6000	8000	Hz
10									
20									
30									
40									
50									
60									
70									
80									
90									
100									

**O.G.**

**SIGLE P =**

**PSYCHISME :**

Antécédents : .....

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

Constatations et observations : .....

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

- Absence de toxicomanie avérée ou décelée cliniquement ou biologiquement.
- Absence de bégaiement prononcé.
- Non contre-indication au port d'armes.

CONSTATATIONS DIVERSES (11) : .....

.....

.....

En conséquence, j'estime que Mr, Mme, Melle (12) : .....

présente le profil médical suivant :

S	I	G	Y	C	O	P

Ne présente ce jour aucune affection patente 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 

--	--

 / 

--	--

 / 

--	--	--	--

  
J   M   A

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

**NUMERO ADELI**

**CARTOUCHE RESERVE A L'INCORPORATION**

- Faits pathologiques nouveaux :

Date d'incorporation	S	I	G	Y	C	O	P								
le <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> / <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> / <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> <span style="margin-left: 10px;">J</span> <span style="margin-left: 20px;">M</span> <span style="margin-left: 20px;">A</span>															

**Nom, prénom, grade, fonction, unité d'affectation et signature du médecin incorporateur.**

**NUMERO ADELI**

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

(8) 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).

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

(10) 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).

(11) Mentionner ici les traitements en cours.

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

SERVICE DE SANTE DES ARMEES

Instruction n°  
1300/DEF/DCSSA/  
AST/AS du 22 mars 2000.

**CERTIFICAT MEDICO-ADMINISTRATIF D'APTITUDE INITIALE  
(DUREE DE VALIDITE UN AN SAUF MENTION CONTRAIRE)**

Format : 21 x 29,7.

NOM : ..... Prénom .....  
..... Sexe : .....

Né(e) le : .....

Demeurant à : .....

S	I	G	Y	C	O	P

Aptitude à subir les épreuves physiques et sportives préalables à l'engagement ou à l'admission dans une école (1) :

OUI

NON

{ A titre temporaire   
A titre définitif

**A/ ENGAGEMENT – VOLONTARIAT – PREPARATION MILITAIRE  
(RAYER LES MENTIONS INUTILES)**

Décision médicale(à indiquer en toutes lettres dans la case correspondante)

TYPES D'APTITUDES	(2)	Apte	Inapte	Inapte temporaire (Durée)
Aptitude Générale au service				
Aptitude à la désignation outre-mer				
Aptitude à la spécialité de : .....				
Aptitude Troupes aéroportées				
Aptitude au service à la mer				

**B/ ADMISSION DANS LES ECOLES ET LYCEES MILITAIRES**

Décision médicale(à indiquer en toutes lettres dans la case correspondante)

	Apte	Inapte	Inapte temporaire (Durée)
Ecole (3) .....			
Ecole (3) .....			
Ecole (3) .....			
Ecole (3) .....			

Durée de validité du certificat (si inférieure à un an) : .....

A (Lieu) ..... Le (date) .....

Le médecin (4) .....

Signature

(1) L'intéressé(e) ne présente ce jour aucun signe clinique apparent contre-indiquant la pratique des épreuves sportives.  
(2) Cocher la (ou les) case(s) concernée(s).  
(3) Compléter l'identification des écoles postulées.  
(4) Nom, prénom, grade, fonction, affectation, signature du médecin examinateur.

## FICHE DE CONNAISSANCE DU CONCOURS

### CONCOURS D'ADMISSION D'ELEVES OFFICIERS PRATICIENS 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 D'ORIGINE 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 1 rue du Maréchal Lyautey BP 90007 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 1 bis, place Bellevue BP 4467 69241 Lyon Cedex 04	04 72 00 54 51
04, 05, 06, 11, 13, 30, 34, 48, 66, 83, 84, 2A/2B	Monsieur le Directeur Régional du Service de Santé des Armées de Toulon BP 20549 83041 Toulon Cedex 09	04 94 02 01 80
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 5 rue Saint-Nicolas CS 31132 33080 Bordeaux Cedex	05 56 94 45 67

### 2° candidat résidant outre-mer ou à l'étranger :

NUMEROS DE CODE DES DEPARTEMENTS D'ORIGINE DU CANDIDAT	ADRESSES	NUMEROS DE TELEPHONE
Antilles	Monsieur le Directeur interarmées du Service de Santé des Forces Armées aux Antilles, Quartier Gerbault, BP 613, 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 Madeleine, BP 6019, 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 2973, 98846 Nouméa Cedex	00 687 29 24 73
Polynésie	Monsieur le Directeur interarmées du Service de Santé en Polynésie française, BP 9462 98 715 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, 97709 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
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