



ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

Questionnaire médical d'admission pour le personnel

En vertu de l'article 28 de la Loi sur le personnel de l'Etat, tout/e nouveau/elle collaborateur/trice doit se soumettre à un examen médical avant son entrée en fonction afin de déterminer si son état de santé lui permet d'exercer l'activité prévue.

Par conséquent, nous vous prions de compléter le questionnaire ci-dessous et de l'envoyer au/à la médecin-conseil de l'Etat de Fribourg, Case postale 119, 1701 Fribourg, avec la mention « Confidentiel » (+41 26 305 32 62). Il ne peut être examiné et détenu que par celui-ci ou celle-ci. Sur la base du questionnaire, le/la médecin-conseil détermine si des informations supplémentaires ou une consultation auprès d'un/e spécialiste/médecin-traitant s'avèrent nécessaires.

Ce document est soumis au secret professionnel médical.

Tous les renseignements et résultats seront gardés et protégés chez le/la médecin-conseil. Seule l'appréciation finale du/de la médecin-conseil (dernière page du présent document) sera communiquée à l'employeur et au/à la candidat/e.

Une déclaration fautive relative à l'état de santé constitue un juste motif de renvoi au sens de l'art. 44 LPers et 32 RPers (cf. art. 26 al. 4 RPers).

Veillez écrire lisiblement SVP (ce formulaire est également disponible en version électronique à l'adresse <https://www.fr.ch/dfin/spo> > Législation sur le personnel de l'Etat de Fribourg > Documents d'engagement)

Données personnelles

Nom et prénom du candidat: _____

Adresse privée : _____

Tél. : _____

E-mail : _____

Date de naissance : _____

Sexe : masculin féminin

Profession exercée à l'Etat de Fribourg : _____

Pourcentage du contrat : _____

Service / Etablissement : _____

Avez-vous eu un accident entraînant une incapacité de travail ? oui non

Précisez la date, les lésions subies, la durée de l'incapacité de travail, d'éventuelles séquelles, l'institution /le médecin relatif, l'assurance prenant en charge l'arrêt de travail

Au cours des 5 dernières années, avez-vous été incapable de travailler pendant plus de 3 semaines consécutives à cause d'une maladie ? oui non

Si oui, quand et pour quelle maladie ? Quel médecin a certifié votre arrêt de travail ?

Durant les 5 dernières années, avez-vous été hospitalisé ? oui non

Si oui, quand, où et pour quelles raisons ?

Quelle/s profession/s avez-vous exercées précédemment ?

Avez-vous rencontré des difficultés de santé en lien avec le travail ? oui non

Si oui, de quelle nature ?

Avez-vous quitté votre dernière fonction pour des raisons de santé ou sur le conseil d'un médecin ? oui non

Si oui, expliquez les raisons

Avez-vous une invalidité, une infirmité ou une séquelle de maladie ou d'accident ?

oui

non

Si oui, laquelle ? _____

Avez-vous déjà eu contact avec l'assurance invalidité (AI) oui

non

Si oui, quand et auprès de quelle caisse : _____

Bénéficiez-vous d'une rente d'invalidité ?

oui

non

Si oui, précisez depuis quelle date et le degré d'invalidité : _____

Votre capacité de travail est-elle réduite ?

oui

non

Si oui, dans quel contexte et à quel pourcentage ? _____

Durant les 5 dernières années, avez-vous été ou êtes-vous en traitement chez un médecin, un chiropraticien, un ostéopathe, un physiothérapeute, un psychologue ?

oui

non

Si oui, précisez les noms et adresses des thérapeutes/médecins, les raisons et les dates :

Est-ce que ce traitement est terminé ?

oui

non

(oui : date / non : durée envisagée)

Actuellement, vous considérez-vous (cocher ce qui convient) :

- malade *
- en médiocre état de santé *
- en état de santé relativement satisfaisant *
- en bon état de santé

* Précisez les raisons _____

Prenez-vous occasionnellement / régulièrement des médicaments? oui non

Si oui, lesquels ?

occasionnellement	régulièrement
.....
.....
.....

Consommez-vous des boissons alcooliques (bière, vin, eaux-de-vie, alcopops, etc):
jamais occasionnellement régulièrement

Fumez-vous ? oui non

Si oui, combien de cigares, cigarettes ou pipes par jour ? _____

Consommez-vous des stupéfiants ? oui non

Si oui, lesquels ? _____

Quand pour la dernière fois ? _____

Si vos habitudes vous obligent d'affirmer une consommation régulière et non-négligeable, ou s'il vous est difficile de répondre à ces questions, vous avez la possibilité de vous adresser au médecin-conseil du personnel de l'Etat de Fribourg, afin d'évaluer l'intérêt d'une prise en charge dans le but d'une prévention précoce par mail (SecMed.PersEFR@fr.ch), ou par courrier joint en annexe de ce questionnaire.

Pratiquez-vous un (des) sport-s ? oui non

Si oui, lesquels ?

occasionnellement	régulièrement	intensivement
.....
.....
.....

Taille en cm : _____

Poids en kg : _____

Existait-il une réserve de santé auprès de votre institution de prévoyance précédente ?

oui

non

Si oui, depuis quand ? _____ Pour quelle durée ? _____

Motif : _____

Remarques :

Le/la soussigné(e) certifie avoir répondu complètement et conformément à la vérité aux questions précédentes. Il/elle autorise le/la médecin-conseil à se renseigner confidentiellement auprès des médecins dont les noms ont été indiqués et déliés, pour la circonstance, du secret professionnel / médical (exclusivement envers le médecin-conseil).

Lieu et date : _____ Signature : _____

