



MINISTÈRE DES OUTRE-MER

## Fiche de candidature Volontaire Technicien pour le Régiment du Service Militaire Adapté

(les candidats doivent avoir plus de 18 ans et moins de 26 ans)

Nom:..... M  F   
Prénom(s) :.....  
Date de naissance :.....Lieu.....  
Adresse :.....  
BP.....Code postal :.....Ville :.....  
Téléphone :...../  
Organisme de suivi du candidat :.....TEL/FAX :.....

Avez-vous effectué la JDC ou la JAPD ? OUI NON

Êtes-vous encore scolarisé ? OUI NON

Diplôme(s) détenu(s) ? .....

Êtes-vous titulaire d'un permis de conduire ? NON OUI si oui lequel ?.....

**Attention : vous devez détenir le diplôme correspondant à la filière demandée !**

### POSTES PROPOSES AU RSMA-NC

(faites **un** choix parmi les postes proposés ci-dessous)

POSTES	DUREE	SITE	CHOIX
Secrétaire / comptable	1 an renouvelable 4 fois	KOUMAC KONE	
Répétiteur (trice)	1 an renouvelable 4 fois	KOUMAC KONE	
Aide moniteur dans le bâtiment (électricien, plombier, peintre, carreleur, maçon,...)	1 an renouvelable 4 fois	KOUMAC KONE	
Aide moniteur de conduite (être détenteur du permis VL ou PL)	1 an renouvelable 4 fois	KOUMAC	
Aide moniteur en mécanique	1 an renouvelable 4 fois	KOUMAC KONE	
Aide moniteur en restauration	1 an renouvelable 4 fois	KOUMAC KONE	
Aide moniteur agricole (maraichage, élevage, sylviculture,...)	1 an renouvelable 4 fois	KOUMAC	
Cuisinier	1 an renouvelable 4 fois	KOUMAC KONE	
Informaticien	1 an renouvelable 4 fois	KOUMAC	
Magasinier	1 an renouvelable 4 fois	KOUMAC KONE	
Dessinateur en infrastructure	1 an renouvelable 4 fois	KOUMAC	

**Renvoyez cette fiche de candidature accompagnée des photocopies suivantes :**

- copie de la carte d'identité
- copie de l'attestation de participation à la journée défense et citoyenneté (ex JAPD)
- un bulletin de naissance ou la copie complète du livret de famille
- copie du ou des diplôme(s) détenu(s) et un CV - permis de conduire éventuellement
- certificat bucco dentaire et certificat de vaccination

Adresse : RSMA-NC - Cellule Recrutement - BP 41 - 98850 Koumac  
Téléphone : Koumac 47.88.21 / 47.88.64 – Nouméa 28.98.92 / 28.98.84  
Mail : [smarecrite@gmail.com](mailto:smarecrite@gmail.com) - Site internet : [www.rsma.nc](http://www.rsma.nc)





Docteur,

Annexe 5 : BILAN BUCCO DENTAIRE

Nom et prénom du patient :
----------------------------

Le patient que vous examinez est un militaire d'active ou de réserve. Afin que le médecin militaire puisse statuer sur son aptitude médicale à partir en mission (pas de possibilité de recours à un chirurgien-dentiste pendant une durée de 4 à 6 mois), merci de bien vouloir renseigner les items ci-dessous en cochant la case qui correspond le mieux à son état bucco-dentaire.

ETAT BUCCO-DENTAIRE		Case à cocher
1	Le patient ne présente pas de pathologie bucco-dentaire et n'est pas supposé nécessiter de soins dentaires au cours des 12 prochains mois.	<input type="checkbox"/>
2	L'état bucco-dentaire du patient nécessite des soins. Cependant, vous estimez que même en l'absence de soins, le patient ne risque pas de présenter une urgence dentaire au cours des 12 prochains mois.	<input type="checkbox"/>
3	L'état bucco-dentaire du patient nécessite des soins et vous estimez qu'en l'absence de soin, le patient risque de présenter une urgence dentaire au cours des 12 prochains mois.	Préciser ↓ <input type="checkbox"/>
	a carie/obturation : carie dentaire ou fracture dentaire avec extension modérée ou importante dans la dentine, obturation défectueuse, obturation temporaire, etc..	<input type="checkbox"/>
	b Infection : pathologie pulpaire ou périapicale, etc...	<input type="checkbox"/>
	c dent de sagesse ayant présenté un antécédent d'accident d'évolution ou risquant de manifester une complication au cours des 12 prochains mois.	<input type="checkbox"/>
	d maladie parodontale : gingivite aiguë, parodontopathie active, abcès parodontal.	<input type="checkbox"/>
	e autre (précisez) :	<input type="checkbox"/>
Indiquez les dents à traiter et leur(s) pathologie(s) :		
Indiquez (si possible) une estimation de la durée des soins : <small>Les extractions doivent être réalisées au plus tard 3 semaines avant le départ en mission.</small>		
La radiographie panoramique dentaire a-t-elle été consultée ?	Oui (date) :	Non :

Date de l'examen :

Signature et cachet du chirurgien-dentiste :



A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

REGIMENT DU SERVICE MILITAIRE ADAPTE  
DE NOUVELLE CALEDONIE  
**Service médical**  
BP 41 - 98 850 KOUMAC  
Tél : (687) 47 88 49 – Fax : (687) 47 88 50  
<mailto:medecin.major@rsma.nc>  
N° CAFAT : 11 114 F

## CERTIFICAT de VACCINATION

(Médecin traitant, CMS, PMI)

**NOM :**

**PRENOM :**

**DDN :**

*En vue de sa future incorporation au RSMA-NC, nous avons besoin de connaître le statut vaccinal de ce jeune. En effet, en l'absence de DUPLICATA de vaccinations ou de CARNET de SANTE, le service médical du RSMA est dans l'obligation de reprendre la TOTALITE des vaccinations obligatoires sur le territoire Calédonien, ainsi que celles, plus spécifiques, du calendrier vaccinal des armées.  
Merci de bien vouloir remplir cette fiche afin de lui éviter ce désagrément.*

Les vaccins sont-ils à jour (cocher la case) :

- OUI
- NON

<i>vaccin</i>	<i>Nom commercial</i>	<i>Nombre d'injections</i>	<i>Date dernière injection</i>
<b>BCG</b>			
<b>IDR</b>			_____mm POSITIVE /NEGATIVE (entourer)
<b>DTPc</b>			
<b>Hépatite B</b>			
<b>ROR</b>			
<b>Méningite</b>			
<b>Typhoïde</b>			
<b>Pneumocoque</b>			
<b>HPV</b>			

Date, cachet et signature :