



A l'intention de l'évêque ou du président de branche

- Revoyez, dans le *Manuel d'instructions de l'Eglise*, Tome 1, pages 79 à 83, et dans la lettre de la Première Présidence du 12 décembre 2000, les renseignements concernant les qualifications, la durée de service, les conditions à remplir pour obtenir une dérogation spéciale, et les autres instructions se rapportant à l'appel de missionnaires.
- Le dossier de recommandation missionnaire doit être envoyé au département Missionnaire au plus tôt 90 jours avant la date de disponibilité du missionnaire potentiel. La date donnée dans la case «Date de disponibilité» ne doit pas être antérieure à la date d'anniversaire à laquelle l'intéressé atteint l'âge minimal pour le service missionnaire. Normalement, de deux à quatre mois peuvent s'écouler entre l'appel en mission et le début de la mission.
- Si le candidat missionnaire réside hors de son foyer, l'évêque de sa paroisse d'origine et celui de la paroisse d'accueil doivent se consulter à propos de sa dignité et des modalités d'envoi de la recommandation (voir *Manuel d'instructions de l'Eglise*, Tome 1, p. 83).
- Procédez à un entretien approfondi avec le candidat missionnaire pour déterminer sa dignité, ses qualifications et ses aptitudes physique et émotionnelle pour le service missionnaire.
- Donnez le dossier de recommandation au candidat missionnaire.
- Examinez ces imprimés une fois que le candidat missionnaire les a remplis. Assurez-vous que tous les problèmes graves ont été résolus, qu'il a été procédé aux analyses ou aux soins recommandés, avant l'envoi des imprimés. Expliquez les problèmes et les mesures prises, sur l'imprimé «Commentaires et suggestions des dirigeants de la prêtrise» (p. 2) ou, s'ils sont confidentiels, sous pli séparé.
- Procédez à un dernier entretien avec le candidat missionnaire avant d'envoyer le dossier. Assurez-vous que tous les renseignements requis sont fournis, remplissez les «Renseignements concernant l'unité» et donnez le numéro de fichier de membre du candidat missionnaire (p. 4). Discutez avec le candidat missionnaire des documents importants requis sur l'imprimé, tels que le visa ou les papiers établissant sa nationalité, et des renseignements sur les problèmes médicaux, les régimes alimentaires ou les médicaments particuliers.
- Assurez-vous qu'en complément des contributions du missionnaire et de sa famille, le fonds missionnaire de paroisse peut soutenir financièrement ce missionnaire.
- Dans les pays pour lesquels un soutien financier supplémentaire provenant du fonds missionnaire général est autorisé : Si le missionnaire ne peut pas être soutenu financièrement complètement par les fonds personnels, familiaux, provenant de la paroisse ou du pieu, remplissez une Demande d'aide financière supplémentaire pour les missionnaires à plein temps (31964 140) et envoyez-la à la présidence de l'interrégion avec le dossier de recommandation missionnaire. Ne demandez pas d'aide au fonds missionnaire général avant que le missionnaire, sa famille, la paroisse et le pieu se soient engagés à apporter tout le soutien financier possible.

- Sur l'imprimé «Commentaires et Suggestions des dirigeants de la prêtrise» (p. 2), donnez les renseignements *appropriés* sur les qualifications et les capacités du missionnaire potentiel. Ajoutez des commentaires sur son expérience, ses capacités de dirigeant, son potentiel, ses centres d'intérêt, ses talents ou ses faiblesses, dont il faut tenir compte pour décider de son appel en mission.
- La photo jointe à la recommandation missionnaire doit être récente et représenter le candidat missionnaire dans des vêtements et une présentation qui correspondent aux règles missionnaires.
- Signez la Recommandation missionnaire (pp. 3–4) et envoyez tous les imprimés requis au président de pieu. **En signant cet imprimé, vous déclarez que vous êtes d'avis que l'intéressé est digne de partir en mission. Vous confirmez également avoir examiné le dossier médical et avoir procédé à un entretien personnel approfondi qui vous a convaincu que l'intéressé est physiquement et émotionnellement apte à partir en mission.**
- Ne recommandez pas de membres qui sont endettés et qui n'ont pas pris de dispositions précises pour s'acquitter de leurs obligations financières.

A l'intention du président de pieu ou de mission

- Dans le *Manuel d'instructions de l'Eglise*, Tome 1, pages 79 à 83, et dans la lettre de la Première Présidence du 12 décembre 2000, prenez connaissance des renseignements concernant les qualifications, la durée de service, les conditions à remplir pour obtenir une dérogation spéciale, et les autres instructions se rapportant à l'appel de missionnaire.
- Procédez à un entretien approfondi.
- Ajoutez vos commentaires sur l'imprimé «Commentaires et Suggestions des dirigeants de la prêtrise» (p. 2).
- Assurez-vous que tous les problèmes ont été résolus ou expliqués de manière appropriée sur l'imprimé «Commentaires et suggestions des dirigeants de la prêtrise» ou, s'ils sont confidentiels, sous pli séparé.
- Vérifiez que tous les imprimés comportent des renseignements exacts et complets.
- Signez la Recommandation missionnaire et envoyez le dossier complet au département Missionnaire, 50 East North Temple Street, Floor 3WW, Salt Lake City, UT 84150–5400, USA. **En signant cet imprimé, vous déclarez que vous êtes d'avis que l'intéressé est digne de partir en mission. Vous confirmez également avoir examiné le dossier médical et avoir procédé à un entretien personnel approfondi qui vous a convaincu que l'intéressé est physiquement et émotionnellement apte à partir en mission.**
- Demandez à votre greffier de pieu d'entrer les renseignements figurant dans ces imprimés, sur ordinateur dans le répertoire des recommandations missionnaires. Faites une copie des imprimés remplis pour vos archives. Envoyez la disquette avec les imprimés de recommandation.



Renseignements personnels Au ruban noir ou à l'encre noire, dactylographiez ou écrivez en capitales d'imprimerie tous les renseignements requis.				
Nom et prénoms (Premier prénom)		(Deuxième prénom)		(Nom de famille)
Numéro et nom de la rue				
Ville		Province/canton/département et pays		Code postal
Date de disponibilité (jour/mois/année)			Téléphone du domicile (avec préfixe)	
Adresse à laquelle envoyer l'appel (si elle est identique à celle ci-dessus, ne rien écrire)				
Ville		Province/canton/département et pays		Code postal
États ou pays où vous avez résidé (récemment ou pendant longtemps, autres que le lieu de résidence actuel)				
Date de naissance (jour/mois/année)		Age	Lieu de naissance et nationalité à la naissance	
Sexe <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin		Taille	Poids	Situation de famille <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Veuf
Date de confirmation (mois/année)		Lien de parenté et lieu de résidence de parents directs actuellement en mission (parents, frère, sœur)		
Avez-vous déjà été en état d'arrestation? (Si oui, expliquez) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
(En monnaie locale), faites la liste de tous les fonds qui serviront à financer votre mission chaque mois.				
Monnaie	Vous-même	Votre famille	Votre paroisse	Autres
Nationalité actuelle		Statut actuel si vous n'êtes pas citoyen de votre pays de résidence (par exemple : visa, résident permanent, résident temporaire, naturalisé). Veuillez joindre une photocopie des justificatifs de votre statut dans votre pays de résidence.		
Votre nationalité vous empêche-t-elle de servir dans certains pays? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Lesquels :		Déterminez-vous un passeport en cours de validité? Si oui, quelle est sa date d'expiration. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nationalité de vos ancêtres	
Quelle est votre langue maternelle? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Parlez-vous, couramment ou presque, d'autres langues que votre langue maternelle? (Si oui, lesquelles.) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Langue(s) étudiée(s) autres que celles ci-dessus. Nombre d'années d'études pour chacune et niveau atteint.				
Voudriez-vous apprendre une autre langue en mission? <input type="checkbox"/> Oui, beaucoup <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Pas vraiment <input type="checkbox"/> Pas du tout				
Si vous étiez appelé dans une mission où l'on parle une autre langue, à quel point pensez-vous réussir à l'apprendre? <input type="checkbox"/> Très bien <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> A peu près <input type="checkbox"/> Pas très bien				
Renseignements complémentaires Les candidats missionnaires de 40 ans et plus ne doivent pas remplir cette partie.				
Années d'études	Années de séminaire/d'institut	Niveau dans votre langue maternelle <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D		Niveau scolaire <input type="checkbox"/> Excellent <input type="checkbox"/> Très bon <input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Médiocre <input type="checkbox"/> Mauvais
Réserve <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Nom de votre unité de réserve		<input type="checkbox"/> Service militaire fait
Numéro de réserviste		Adresse complète de l'unité/l'organisation de réserve		
Nom et prénoms du père			Membre <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Décédé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Lieu de naissance		Profession		
Nom et prénoms de la mère			Membre <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Décédée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Lieu de naissance		Profession		
Adresse du tuteur, s'il ne s'agit pas des parents et si son adresse est différente de la vôtre.				
Ville		Province/canton/département et pays		Code postal

A l'aide de ruban adhésif, fixez une (1) photo du missionnaire, dans des vêtements et avec une présentation conformes aux règles missionnaires.

Signature du candidat missionnaire

* R C *

Je, soussigné, autorise l'Eglise de Jésus-Christ des Saints des Derniers Jours à collecter, à traiter et à transférer dans d'autres pays, aux fins de l'Eglise, mes renseignements personnels, y compris certains explicitement privés, conformément à la Church Data Privacy Policy (règles de respect de la vie privée en vigueur dans l'Eglise).

Signature	Date (jour/mois/année)	Numéro de fichier de membres (donné par la paroisse/branche)
-----------	------------------------	--

Renseignements concernant l'unité (rempli par le dirigeant de la prêtrise)

paroisse/branche d'origine		Numéro d'unité		Pieu/mission d'origine	
Nom de l'évêque/du président de branche de l'unité d'origine		Nom du président du pieu ou de la mission d'origine			
N° et nom de la rue		N° et nom de la rue			
Ville, province/canton/département, code postal, pays		Ville, province/canton/département, code postal, pays			
Téléphone du domicile (indiquez le code régional)	Téléphone du lieu de travail (indiquez le code régional)	Téléphone portable (indiquez le code régional)	Téléphone du domicile (indiquez le code régional)	Téléphone du lieu de travail (indiquez le code régional)	Téléphone portable (indiquez le code régional)
Adresse électronique		Adresse électronique			

Renseignements concernant l'unité demandant la recommandation (si ce n'est pas l'unité d'origine)

Paroisse/branche		Numéro d'unité		Pieu/mission	
Nom de l'évêque/du président de branche		Nom du président de pieu ou de mission			
N° et nom de la rue		N° et nom de la rue			
Ville, province/canton/département, code postal, pays		Ville, province/canton/département, code postal, pays			
Téléphone du domicile (indiquez le code régional)	Téléphone du lieu de travail (indiquez le code régional)	Téléphone portable (indiquez le code régional)	Téléphone du domicile (indiquez le code régional)	Téléphone du lieu de travail (indiquez le code régional)	Téléphone portable (indiquez le code régional)
Adresse électronique		Adresse électronique			



MISSIONARY DEPARTMENT
50 E NORTH TEMPLE ST FL 3WW
SALT LAKE CITY UT 84150-5400
USA

- 1. Remplissez tous les renseignements de la Recommandation missionnaire (pp. 3–4), sauf la partie «Renseignements concernant l'unité». Veillez à mentionner tous les renseignements requis. Dactylographiez-les si possible, ou inscrivez-les clairement en capitales d'imprimerie à l'encre noire.
Ecrivez les dates de la manière suivante : 15 déc 2001
- 2. Remplissez les Renseignements personnels de la Recommandation missionnaire (p. 6). Remplissez les Antécédents médicaux du candidat missionnaire (pp. 7–8) complètement, honnêtement et avec exactitude avant votre examen médical.
- 3. Signez l' *Autorisation de communiquer les renseignements* sur l'imprimé *Examen de santé par le médecin* (pp. 11–12).
- 4. L'examen de santé par le médecin doit être signé par un médecin généraliste (ou un ostéopathe dans les pays où cette spécialité est officiellement reconnue). Si l'examen est fait par un auxiliaire médical ou une infirmière, le médecin responsable doit vérifier les résultats, examiner et contresigner l'imprimé. Tout examen pratiqué par une autre personne ne sera pas accepté.
- 5. Donnez les imprimés suivants au médecin avec une enveloppe timbrée à l'adresse de votre évêque ou de votre président de branche :
 - Antécédents médicaux du candidat missionnaire, rempli (pp. 7–8).
 - Instructions destinées aux médecins examinant les candidats missionnaires (p. 9).
 - Examen de santé par le médecin (pp. 11–12).Demandez au médecin de remplir l'imprimé d'Examen de santé par le médecin, et de l'envoyer avec l'imprimé Antécédents médicaux du candidat missionnaire, à votre évêque ou président de branche.
- 6. Commencez immédiatement les vaccinations contre l'hépatite A et B. Vous recevrez d'autres renseignements sur les vaccinations avec votre appel en mission.
- 7. Faites procéder à un examen dentaire complet. Signez l' *Autorisation de communiquer les renseignements* figurant sur

l'imprimé d'Examen dentaire du candidat missionnaire (p. 13) et donnez l'imprimé au dentiste, accompagné d'une enveloppe timbrée à l'adresse de votre évêque ou président de branche. Demandez au dentiste de remplir l'imprimé et de l'envoyer à votre évêque ou président de branche.

- 8. Faites réaliser tous les soins dentaires nécessaires avant d'envoyer le dossier de recommandation missionnaire à votre évêque ou président de branche.
- 9. Si vous avez eu une maladie, une opération ou une blessure grave, des soins ou une hospitalisation prolongés, obtenez si possible un compte rendu du médecin qui vous a fait les soins, afin d'expliquer la nature du problème et votre état de santé actuel. Il est important que vous donniez tous les renseignements sur votre état de santé. Par exemple, il ne suffit pas de dire que vous avez eu une blessure au genou; vous devez aussi préciser quel genou a été touché et expliquer si ce genou pose encore des problèmes.
- 10. Vous êtes censé être physiquement et émotionnellement capable de travailler plusieurs heures par jour et de parcourir plusieurs kilomètres par jour six jours par semaine. Si cela n'est pas possible, pour quelque raison, veuillez en discuter avec votre évêque.
- 11. Avant votre entrée au centre de formation des missionnaires, corrigez tout problème de verrue plantaire, de pieds plats, de migraines chroniques, de hernie inguinale, etc. Stabilisez et comprenez le traitement de problèmes de santé chroniques : asthme, diabète, malaises, troubles émotionnels, intestins sensibles, endométriose, etc.
- 12. Si vous prenez des médicaments prescrits sur ordonnance pour tout problème de santé chronique médical ou émotionnel, n'arrêtez pas le traitement à moins que votre médecin vous demande de le faire. Veuillez indiquer sur l'imprimé Antécédents médicaux du missionnaire potentiel, tous les médicaments que vous prenez actuellement.
- 13. Remplissez toutes les parties vous concernant de l'imprimé Renseignements sur l'assurance personnelle du missionnaire (pp. 15–16).

Instructions destinées aux parents des jeunes missionnaires

- 1. Les missionnaires représentent l'Eglise, servent dans le monde entier, doivent faire beaucoup d'efforts physiques et subissent des problèmes dus au milieu ambiant, et des problèmes d'ordre social et émotionnel, souvent dans des régions où il y a très peu de possibilités de recevoir des soins. L'Eglise se soucie beaucoup de la santé et de la sécurité des missionnaires; les examens médicaux et dentaires complets sont donc essentiels avant l'entrée d'un missionnaire dans le champ de la mission.
- 2. Examinez les imprimés remplis et ajoutez tous les renseignements appropriés.
- 3. Veillez à ce que les instructions du point 9 ci-dessus soient appliquées et que les éclaircissements soient envoyés avec l'imprimé Antécédents médicaux du missionnaire potentiel. Faute de quoi, l'appel risque d'être inutilement retardé.
- 4. Conseillez à votre missionnaire de continuer à prendre tous ses médicaments prescrits sur ordonnance. Des problèmes risquent de survenir si des candidats missionnaires cessent de prendre certains médicaments parce qu'ils croient que cela risque d'influer sur l'affectation qu'ils recevront.

- 5. L'objectif d'un bilan médical soigneux est de s'assurer que les missionnaires peuvent supporter les rigueurs du service missionnaire et recevoir des appels dans lesquels ils peuvent réussir. Il est regrettable qu'un missionnaire doive rentrer chez lui prématurément à cause de problèmes qui auraient pu être évités ou stabilisés avant sa mission.
- 6. Faites particulièrement attention au point 11 ci-dessus. Cela permettra d'éviter des problèmes et dépenses inutiles au centre de formation des missionnaires ou dans le champ de la mission.
- 7. Si vous disposez d'une assurance privée qui couvre le missionnaire, gardez-la. Indiquez-le sur l'imprimé Renseignements sur l'assurance personnelle du missionnaire, ainsi que toutes les références.
- 8. Pendant la mission, la famille du missionnaire doit assumer les frais de suivi d'états de santé antérieurs. L'état de santé antérieur à la mission est constitué par toute blessure ou maladie chronique ou congénitale accompagnée de signes ou de symptômes, d'un diagnostic ou d'un traitement dans les deux années précédant le début de service du missionnaire, que les symptômes aient été présents lorsque le missionnaire est entré en service ou non.



MISSIONARY DEPARTMENT
50 E NORTH TEMPLE ST FL 3WW
SALT LAKE CITY UT 84150-5400
USA

Nom complet (premier prénom) (Deuxième prénom) (Nom de famille) Nom du conjoint (si la recommandation concerne un couple)

Date de naissance (jour, mois, année) Lieu de naissance

Etudes et expérience professionnelle

Etudes secondaires Lycée: Diplôme(s)? Oui Non Si non, nombre d'années d'études _____

Etudes supérieures du 3^e cycle: Nombre d'années _____ Diplôme(s) _____ Dominante _____ Etablissement fréquenté _____

Etudes supérieures du 4^e cycle: Nombre d'années _____ Diplôme(s) _____ Dominante _____ Etablissement fréquenté _____

Activités extra-scolaires, talents spéciaux et passe-temps

Appels antérieurs dans l'Eglise et expérience de dirigeant

Expérience professionnelle hors du foyer (mentionnez le nombre d'années)

Objectifs et accomplissements professionnels

Expérience administrative

Comptabilité générale Traitement de texte Expliquez :

Dactylographie Informatique
_____ (Mots par minute)

Renseignements sur la famille (pour les jeunes missionnaires uniquement)

Elevé par: Les deux parents Un seul parent Une autre personne _____

Autres renseignements

Permis de conduire Oui Non Pays _____ Etat/Canton/Province/Département _____ A-t-il déjà fait l'objet d'un retrait? Oui Non Expliquez :

Avez-vous voyagé hors de votre pays d'origine au cours des 10 dernières années? Où? Quand?

Renseignements sur les couples et les femmes seules de 40 ans et plus

Durée de service souhaitée: 12 mois 18 mois 23 mois (couples seulement)

Déplacement: Pouvez-vous emporter une voiture dans le champ de la mission? Oui Non (Si oui, et que vous soyez affecté dans votre pays de résidence, vous devez prévoir d'emporter votre voiture, sauf indications contraires.)

Je déclare que les renseignements indiqués dans ces Renseignements personnels sur le candidat missionnaire sont complets et exacts. Aucun renseignement n'a été délibérément tenu secret ou déformé.

Je, soussigné, autorise l'Eglise de Jésus-Christ des Saints des Derniers Jours à collecter, à traiter et à transférer dans d'autres pays, aux fins de l'Eglise, mes renseignements personnels, y compris certains explicitement privés, conformément à la Church Data Privacy Policy (règles de respect de la vie privée en vigueur dans l'Eglise).

Signature Date



A l'intention du candidat missionnaire : Cet imprimé doit être rempli avant l'examen par votre médecin. Pour vous préparer à l'examen, veuillez répondre à toutes les questions suivantes. Soyez honnêtes avec vous-même, avec votre médecin et avec le Seigneur. De graves difficultés peuvent résulter de renseignements incomplets ou inexacts. Ne gardez pour vous aucun renseignement de santé.

Nom (premier prénom)	(Deuxième prénom)	(Nom de famille)	Age	Sexe	
Cochez les cases et entourez les parties de chaque question qui s'appliquent à vous.			Oui	Non	Pour tous les points marqués «oui» dans la colonne de gauche, expliquez complètement la situation, en fournissant les dates, la gravité, la situation actuelle, les médicaments prescrits, leur dosage et leur fréquence, et l'autonomie et les limitations de mouvements.
1. Difficultés persistantes provenant de graves blessures ou malformations de la tête ou d'autres parties du corps?					
2. Malvoyance (lunettes ou verres de contact nécessaires, infection oculaire chronique)?					
3. Problèmes auditifs ou besoin de prothèse auditive?					
4. Sinusite, maux de gorge, infections des oreilles ou obstruction nasale fréquents?					
5. Maladies des poumons : emphysème, tuberculose, respiration courte, sang dans les crachats ou saignement pendant la toux, expectoration colorée ou pneumothorax?					
6. Rhume des foins, allergies?					
7. Asthme? (Précisez le type de médicaments, la date de la dernière visite chez le médecin ou à l'hôpital, et la gêne au travail, dans les études et le sommeil occasionnée par l'asthme.)					
8. Hypertension artérielle, trouble du rythme ou douleur cardiaque, infarctus? (Indiquez le médicament et son dosage en cas d'utilisation.)					
9. Varices, phlébites?					
10. Maux d'estomac ou de ventre, reflux gastriques, digestion difficile, ulcères, colites, diarrhée, constipation, saignement rectal, colon irritable?					
11. Maladie de la vésicule ou lithiase des voies biliaires, hépatite, cirrhose ou autres problèmes hépatiques?					
12. Hernie, varicocèles?					
13. Diabète? Médicament par voie orale ou insuline? (Indiquez le mode de prise et le dosage du médicament, ainsi que le pourcentage de l'HbA1c.)					
14. Hypoglycémie? Date et fréquence?					
15. Problèmes thyroïdiens ou autres problèmes hormonaux? Perte de poids inexplicquée?					
16. Maladie rénale ou calculs rénaux, infections ou brûlures mictionnelles répétées, ou besoins d'uriner fréquents, ou difficultés à uriner?					
17. Maladies sexuellement transmissibles?					
18. Acné nécessitant un traitement, plaies cutanées chroniques, éruptions cutanées, verrues plantaires, changement d'aspect d'un grain de beauté, grosseurs ou tuméfactions?					
19. Allergie au soleil?					
20. Tatouages? A quel endroit? (Indiquez la taille et la nature.)					
21. Blessure ou malformation du dos ou du cou, spondylite, douleurs dorso-lombaires ou cervicales chroniques, ou difficultés à soulever des poids?					
22. Membres supérieurs : Amputation partielle, malformation, paralysie, douleurs articulaires, arthrose ou autres problèmes?					
23. Membres inférieurs : Amputation totale ou partielle, malformation, paralysie, douleurs articulaires, arthrose? Opération de la hanche, du genou ou de la cheville? Pieds plats? Ongles incarnés?					

Pour tous les points marqués dans la colonne de gauche, expliquez complètement la situation, en fournissant les dates, la gravité, la situation actuelle, les médicaments prescrits, leur dosage, leur fréquence et l'autonomie et les limitations de mouvements.



Cochez les cases et entourez les parties de chaque question qui s'appliquent à vous.	Oui	Non	
24. Difficultés à parcourir de nombreux kilomètres à pied par jour, à monter à bicyclette ou à monter les escaliers?			
25. Problèmes relationnels dus au caractère, aux humeurs ou aux habitudes (comportement agressif)?			
26. Maux de tête fréquents, perte de connaissance à la suite de blessure à la tête, mauvaise coordination ou gêne dans les mouvements? Faiblesse, perte de la sensibilité due à la maladie de Parkinson, à la sclérose en plaques, à une congestion cérébrale, etc.?			
27. Évanouissements, étourdissements, convulsions ou malaises? (Indiquez la fréquence des malaises, les médicaments utilisés et la date de la dernière crise.)			
28. Sensations fréquentes d'être malade ou facilement fatigué, anémie ou tendance à avoir des hémorragies?			
29. Tumeurs, cancers, leucémie, chimiothérapie, radiothérapie, implant d'organe? (Expliquez les soins.)			
30. Hypersensibilité ou allergie à des médicaments?			
31. Consommation actuelle ou récente de médicaments (sur ordonnances ou en vente libre) non signalée auparavant? (Indiquez le dosage et la fréquence pour l'année écoulée et si vous prévoyez de prendre des médicaments durant la mission.)			
32. Autres maladies ou problèmes de santé non indiqués jusqu'à présent? Antécédents familiaux de tuberculose ou d'autres maladies transmissibles?			
33. Interventions chirurgicales, hospitalisation ou blessures non indiquées ci-dessus?			
34. Difficultés à apprendre, à lire, à parler ou à se concentrer? Diagnostic établi de trouble de l'attention ou d'hyperactivité?			
35. Inquiétude, peur, tension ou nervosité périodiques; instabilité, dépression, pensées suicidaires ou tentatives de suicide? (Expliquez.)			
36. Fatigue ou insomnies chroniques?			
37. Psychothérapie, traitements médicamenteux, hospitalisation pour problèmes émotionnels? (Indiquez le médicament et son dosage.)			
38. Avez subi des sévices physiques, sexuels ou émotionnels qui ont encore des conséquences?			
39. Autres problèmes émotionnels, entre autres pensées obsessionnelles difficiles à maîtriser?			
40. Abus ou dépendance de médicaments prescrits sur ordonnances ou en vente libre, de drogue ou d'alcool?			
41. Problèmes nutritionnels : anorexie, boulimie, poids excessif?			
42. Schizophrénie ou dédoublement de personnalité?			
43. Douleurs de cause inconnue? (Indiquez leur effet sur votre vie quotidienne.)			
44. Contre-indication aux vaccinations? (Expliquez.)			
45. (Femmes seulement) Règles douloureuses, endométriose, pertes vaginales anormales, tumeurs ou kystes utérins ou ovariens?			

Joignez tous les comptes rendus expliquant les problèmes de santé physique ou émotionnelle actuels mentionnés ci-dessus.

Je déclare que les renseignements indiqués dans ces Antécédents médicaux du candidat missionnaire font le bilan complet et exact de mon état de santé passé et actuel. Aucun renseignement sur mon état de santé n'a été délibérément tenu secret ou déformé.

Je, soussigné, autorise par la présente l'Eglise de Jésus-Christ des Saints des Derniers Jours à collecter, à traiter et à transférer dans d'autres pays, aux fins de l'Eglise, mes renseignements personnels, y compris certains explicitement privés, conformément à la Church Data Privacy Policy (règles de respect de la vie privée en vigueur dans l'Eglise).

Signature du candidat missionnaire

Date



Les missionnaires de l'Eglise de Jésus-Christ des Saints des Derniers Jours servent dans divers milieux physiques et culturels dans le monde entier. Il est naturellement attendu d'eux qu'ils se livrent à des activités missionnaires pendant de nombreuses heures tous les jours, entre autres qu'ils parcourent chaque jour de nombreux kilomètres à pied, six jours par semaine. En général, les rigueurs de la mission font ressortir les difficultés antérieures. Utilisez les directives suivantes pour examiner le candidat missionnaire :

1. L'Examen de santé par le médecin doit être signé par un médecin (ou un ostéopathe dans les pays où cette spécialité est officiellement reconnue). Si l'examen est fait par un auxiliaire médical ou une infirmière, le médecin responsable doit vérifier les résultats, et examiner et contresigner l'imprimé. Tout examen pratiqué par une autre personne n'est pas accepté.
2. Veuillez procéder à un examen physique complet afin de garantir que le missionnaire puisse réussir là où il est affecté. Il est regrettable qu'un missionnaire doive rentrer chez lui prématurément à cause de problèmes qui auraient pu être évités ou stabilisés avant sa mission.
3. Traitez tout problème tel que verrue plantaire, pieds plats, migraines chroniques ou hernie inguinale avant le départ du candidat missionnaire. Donnez au missionnaire toutes les explications sur les problèmes de santé ne nécessitant pas d'être traités, par exemple déviation de la cloison nasale, varicocèle, kyste pylonidal, pour qu'il puisse répondre à un médecin de sa mission qui exigerait que ce problème soit traité chirurgicalement.
4. Stabilisez les problèmes de santé chroniques : asthme, diabète, attaques, troubles émotionnels, intestins fragiles, endométriose, etc. Enseignez avec soin au missionnaire comment traiter ces problèmes de santé et expliquez-lui les soins qu'il peut faire lui-même dans diverses situations. Expliquez également l'importance de continuer à prendre tout traitement prescrit.
5. Ne signez pas l'Examen de santé par le médecin sans revoir les Antécédents médicaux du missionnaire potentiel avec l'intéressé. Commentez ce qui touche à la capacité de servir du missionnaire potentiel.
6. Lorsqu'une maladie, une opération, une blessure, une hospitalisation ou des soins prolongés sont mentionnés, demandez un compte rendu au médecin qui a traité le cas. Joignez ce compte rendu à la demande missionnaire.
7. Faites procéder aux consultations nécessaires pour vérifier la capacité de servir du missionnaire potentiel, ainsi que son état de santé physique et émotionnel lorsque c'est souhaitable.
8. Faites faire toutes les analyses demandées par un laboratoire. Toutes les personnes, y compris celles ayant eu le BCG ou une radio des poumons, devront avoir un test tuberculique cutané. Seules celles dont la réaction positive a déjà été vérifiée sont exemptés.
9. Cochez la case appropriée sur le Rapport de santé du missionnaire, indiquant les capacités de ce dernier à remplir une mission.



* X X *



A l'intention du médecin : Veuillez *dactylographier*, ou *écrire lisiblement* lorsque vous remplissez cet imprimé. Vous pouvez joindre des renseignements supplémentaires. Lorsque vous avez rempli l'imprimé, envoyez-le avec un exemplaire des Antécédents médicaux du missionnaire potentiel directement à l'évêque ou au président de branche, à l'aide de l'enveloppe fournie par le missionnaire potentiel. Nous vous remercions de bien vouloir remplir et vérifier tous les imprimés, renseignements et recommandations requis.

Nom (premier prénom)	(Deuxième prénom)	(Nom de famille)	Age	Sexe
----------------------	-------------------	------------------	-----	------

Taille	Poids	Tension artérielle /	Vision Oeil droit : _____ Oeil gauche : _____
--------	-------	----------------------	--

Catégorie : Indiquez si la situation est normale ou anormale. Laissez en blanc s'il n'a été procédé à aucun examen.

	Normale	Anormale
--	---------	----------

Si la situation est anormale, donnez des détails et indiquez la capacité de servir (en mentionnant le n° concerné).

1. Apparence générale		
2. Peau		
3. Yeux		
4. Oreilles (audiogramme si nécessaire)/équilibre		
5. Nez/gorge/cou/thyroïde		
6. Cage thoracique, poumons		
7. Cœur/vaisseaux sanguins (souffle/bruits cardiaques anormaux)		
8. Abdomen (masse/foie/rate)		
9. Rectum/prostate (si l'intéressé a plus de 40 ans ou si le bilan le mentionne)/varicocèle/hernie		
10. Kyste pylonidal		
11. Membres supérieurs		
12. Membres inférieurs		
13. Neurologie		
14. (Femmes seulement) examen des seins		
15. (Femme seulement) examen pelvien (si l'intéressée a plus de 40 ans ou si le bilan le mentionne)		

16. Commentaires sur des situations anormales dans le bilan ou l'examen physique concernant :

- a. L'épilepsie
- b. Des problèmes médicaux généraux
- c. Des problèmes chirurgicaux
- d. Des difficultés à apprendre/à communiquer/la perte de mémoire
- e. Des problèmes émotionnels/psychologiques/psychiatriques
- f. La consommation de drogue ou d'alcool
- g. Des consultations demandées

Examens en laboratoire : les analyses suivantes sont nécessaires.

17. Analyse d'urines	Résultats
Densité urinaire (en France, ce test est réalisé non par le médecin généraliste mais par un laboratoire spécialisé en cas de problèmes urinaires.)	
Réactif : protéine/sucre	
Analyse au microscope (si le taux de protéine est anormal)	

18. Hémoglobine ou hématoците

19. Groupe sanguin _____ Facteur rhésus _____

20. Détection du cancer de la prostate (hommes de plus de cinquante ans)

21. Mammographie (datant de moins d'un an pour les femmes de plus de 40 ans)

22. Test tuberculique intradermique (IDR) : à faire pour tous les missionnaires potentiels (y compris ceux qui ont reçu le BCG) sauf ceux dont la réaction positive a été contrôlée. (Précisez la longueur de l'induration en millimètres. Si elle est supérieure à 10 mm, faire faire une radio pulmonaire.)

Examens en laboratoire, les analyses suivantes sont nécessaires :	Commentaires
23. Radio pulmonaire (si nécessaire ou, si le BCG a été pratiqué, toutes les personnes ayant une réaction positive doivent faire une radio au rayon X pour éliminer les risques de tuberculose.)	
24. Si le traitement INH (isoniazide) est prescrit suite à une réaction positive au test tuberculique IDR (dans les pays où le BCG n'est pas pratiqué), le traitement doit être commencé dès que possible. En cas de découverte de tuberculose active, le traitement doit être terminé avant le départ en mission. (Indiquez la date de fin du traitement.)	
25. Les vaccinations sont-elles à jour? (Donnez les dates.) Tétanos/diphtérie _____ Oreillons/rougeole/rubéole ¹ _____ Oreillons/rougeole/rubéole ² _____ Polio _____ Hépatite A n°1 _____ n°2 _____ et hépatite B n°1 _____ n°2 _____ n°3 _____ OU Vaccin combiné hépatite A et hépatite B n°1 _____ n°2 _____ n°3 _____	



Rapport de santé du missionnaire : Evaluation générale de l'aptitude à remplir une mission

Après analyse des antécédents médicaux du candidat missionnaire, consultation, examen physique, et analyse des résultats d'examens de laboratoire, le niveau de service possible pour ce candidat missionnaire est indiqué à la case cochée.

<input type="checkbox"/> Niveau A : Pas de restriction	<input type="checkbox"/> Niveau B : Légère restriction	<input type="checkbox"/> Niveau C : Restriction moyenne	<input type="checkbox"/> Niveau D : Restriction importante	<input type="checkbox"/> Niveau E : Ne convient pas
Pas de restriction : le missionnaire peut, chaque jour, soulever et transporter un certain poids, parcourir 9 kilomètres ou plus, ou passer de 12 à 16 heures à des activités missionnaires.	Légère restriction d'activité : légèrement moins de travail ou de dépense d'énergie, par exemple : moins de 9 kilomètres de marche ou pas de station debout prolongée.	Activité limitée : peu de travail ou de dépense d'énergie; marche limitée ou travail sédentaire.	Limitation importante d'activité ou conditions spéciales, par exemple : conditions climatiques particulières, utilisation de fauteuil roulant, besoin de fréquentes périodes de repos, de visites médicales et de soins particuliers.	Certaines conditions font qu'aucun remède n'a été apporté ou qu'aucune amélioration n'est possible, par exemple : grave douleur chronique, perte d'énergie ou rechutes.

Autres commentaires

Signature du médecin (généraliste ou ostéopathe dans les pays où cette spécialité est reconnue)	Nom du médecin (en capitales d'imprimerie)	Date	
Numéro et nom de la rue	Ville	Province/canton/département et pays	Téléphone (avec préfixe)

Autorisation de communiquer les présents renseignements

J'autorise le médecin qui a procédé à la consultation à communiquer les renseignements contenus dans le questionnaire sur mes Antécédents médicaux et dans mon Evaluation de santé à mon évêque et au département Missionnaire de l'Eglise de Jésus-Christ des Saints des Derniers Jours. Je sais que les renseignements seront analysés par des médecins. Je sais que ces renseignements peuvent servir à déterminer mes tâches dans le cadre d'un appel en mission. Je, soussigné, dégage donc le médecin qui a procédé à la consultation de toute responsabilité légale pouvant résulter de la communication ou de l'utilisation de ces renseignements par l'Eglise de Jésus-Christ des Saints des Derniers Jours ou par ses représentants.

Je, soussigné, autorise par la présente l'Eglise de Jésus-Christ des Saints des Derniers Jours à collecter, à traiter et à transférer dans d'autres pays, aux fins de l'Eglise, mes renseignements personnels, y compris certains explicitement privés, conformément à la Church Data Privacy Policy (règles de respect de la vie privée en vigueur dans l'Eglise).

Signature du candidat missionnaire	Date
Signature du témoin	Date



Nom (premier prénom)	(Deuxième prénom)	(Nom de famille)	Age	Sexe
----------------------	-------------------	------------------	-----	------

A l'intention du candidat missionnaire :

- Commencez sans tarder. N'attendez pas la dernière minute pour vous faire examiner les dents et pour faire procéder aux soins nécessaires. Si tout n'est pas en ordre, votre appel peut être différé.
- Faites réaliser tous les soins dentaires nécessaires, y compris l'orthodontie, avant de remettre le dossier de recommandation missionnaire à votre évêque ou à votre président de branche.
- Votre dentiste conservera cette feuille et ne l'enverra à votre évêque ou président de branche que lorsque tous les soins nécessaires auront été réalisés. Veuillez donner à votre dentiste une enveloppe timbrée adressée à votre évêque ou président de branche.

A l'intention du dentiste :

- Veuillez dactylographier ou écrire clairement en lettres d'imprimerie à l'encre noire.
- Lorsque vous faites l'examen dentaire du candidat missionnaire, sachez qu'il peut être affecté pendant deux ans dans une région du monde où la possibilité de soins dentaires est limitée ou inexistante. Veuillez procéder à tous les soins dentaires nécessaires avant d'envoyer cet imprimé à l'évêque ou au président de branche.
- Veuillez envoyer, à l'aide de l'enveloppe fournie, l'imprimé rempli à l'évêque ou au président de branche du candidat missionnaire.

Examen dentaire	Fait le	
1. Examen complet de la bouche		
2. Radiographie des deux mâchoires, datant de moins de six mois et montrant la partie supérieure de toutes les dents.		
3. Examen des dents de sagesse et extraction de celles qui risquent de causer des problèmes.		
4. Suppression et remplacement approprié de toutes les parties abîmées.		
5. Obturation de toutes les dents cariées ou fissurées, si nécessaire.		
6. Correction des dents qui se chevauchent ou des interstices irréguliers gênant le nettoyage entre les dents, si nécessaire.		
7. Prophylaxie bucco-dentaire ou détartrage suivant prescription.		
8. L'intéressé suit-il actuellement un traitement orthodontique?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, indiquez la date à laquelle le traitement actif prendra fin?	Date	
9. Autres problèmes dentaires réglés après la radio (par exemple : n° 3 distal; n° 4 proximal, etc.)		

Commentaires

Signature du dentiste	Nom du dentiste (en capitales d'imprimerie)			Date
Numéro et nom de la rue	Ville	Province/canton/département et pays	Code postal	Téléphone (avec préfixe)

Autorisation de communiquer les présents renseignements

J'autorise le dentiste qui m'a examiné à communiquer les renseignements contenus dans cet examen dentaire à mon évêque et au département Missionnaire de l'Eglise de Jésus-Christ des Saints des Derniers Jours. Je sais que les renseignements seront analysés par des médecins. Je sais que ces renseignements peuvent servir à déterminer mes tâches dans le cadre d'un appel missionnaire. Je, soussigné, dégage donc le dentiste qui m'a examiné de toute responsabilité légale pouvant résulter de la communication ou de l'utilisation de ces renseignements par l'Eglise de Jésus-Christ des Saints des Derniers Jours ou par ses représentants. Je, soussigné, autorise par la présente l'Eglise de Jésus-Christ des Saints des Derniers Jours à collecter, à traiter et à transférer dans d'autres pays, aux fins de l'Eglise, mes renseignements personnels, y compris certains explicitement privés, conformément à la Church Data Privacy Policy (règles de respect de la vie privée en vigueur dans l'Eglise).

Signature du candidat missionnaire	Date
Signature du témoin	Date



* X X *



Tous les missionnaires doivent remplir les parties 1 et 2. Les missionnaires de moins de quarante ans doivent remplir la partie 3. Les couples et les sœurs de quarante ans et plus doivent remplir la partie 4. Le missionnaire doit examiner ces renseignements avec l'évêque ou le président de branche qui doit envoyer cet imprimé rempli, ainsi que la Recommandation missionnaire, au président de pieu.

Partie 1 (pour tous les missionnaires)

Nom (premier prénom)	(Deuxième prénom)	(Nom de famille)	Date de naissance (jour, mois, année)	Numéro de Sécurité sociale (pour les citoyens des Etats-Unis)
Adresse du domicile				Téléphone du domicile (avec préfixe)
Ville		Province/canton/département et pays		Code postal
Evêque/président de branche				Téléphone du domicile (avec préfixe)

Serez-vous couvert par une assurance maladie/accident de groupe ou individuelle pendant votre mission?

Oui Non Si oui, remplissez la partie 2; si non, ne la remplissez pas.

Partie 2 (pour tous les missionnaires si nécessaire)

Nom de la compagnie primaire d'assurance			Numéro de Sécurité sociale du titulaire de la police (pour les citoyens des Etats-Unis)
Nom du titulaire de la police		Date de naissance	Date de validité de la couverture (jour, mois, année)
Numéro de police		Numéro de police d'assurance de groupe	Téléphone de la compagnie d'assurance (avec préfixe)
Adresse postale pour l'envoi des demandes d'indemnisation			
Nom de la compagnie secondaire d'assurance (le cas échéant)			
Nom du titulaire de la police		Date de naissance	Numéro de Sécurité sociale du titulaire de la police
Numéro de police		Numéro de police de groupe	Date de validité de la couverture (jour, mois, année)
Adresse où envoyer les demandes d'indemnisation			Téléphone de la compagnie d'assurance (avec préfixe)

Partie 3 (seulement pour les missionnaires de moins de quarante ans; les couples doivent remplir la partie 4 au verso)

Nom des parents/du tuteur	Numéro de téléphone du domicile (avec préfixe)
---------------------------	--

J'autorise tout chirurgien, médecin, hôpital, clinique, autre thérapeute ou compagnie d'assurance à communiquer à l'Eglise de Jésus-Christ des Saints des Derniers Jours ou à ses représentants tout renseignement et dossiers relatifs à une demande d'indemnisation, à une maladie physique ou mentale, à des soins ou à des antécédents médicaux et à leur évaluation.

Je comprends que si je tombe malade ou que je suis blessé durant ma mission, l'Eglise réglera les frais médicaux pour mes soins, sauf ceux résultant d'affections antérieures à la mission, mais qu'il n'est pas prévu que ce règlement par l'Eglise remplace mon assurance personnelle.

Je, soussigné, autorise l'Eglise de Jésus-Christ des Saints des Derniers Jours à collecter, à traiter et à transférer dans d'autres pays, aux fins de l'Eglise, mes renseignements personnels, y compris certains explicitement privés, conformément à la Church Data Privacy Policy (règles de respect de la vie privée en vigueur dans l'Eglise).

Signature du missionnaire	Date
---------------------------	------

En signant ci-dessous, je, soussigné, autorise et demande que l'Eglise de Jésus-Christ des Saints des Derniers Jours soit remboursée de toute somme payée pour des soins médicaux, lesdites sommes étant à la charge en premier lieu de la/des compagnie(s) d'assurance ci-dessus nommée(s), et j'autorise l'Eglise à prendre toutes les mesures adéquates pour recouvrer ces sommes.

Signature du titulaire de la police	Date
-------------------------------------	------

