

QUESTIONNAIRE

Nom Prénom :

Né le : à

Matricule : Spécialité :

Année de RCA

Compléter le tableau ci-dessous

UNITES CONCERNÉES	PÉRIODES	FONCTIONS	Circonstances, Travaux ou types d'opérations réalisées Durées indicatives, nombre de fois ou fréquence, que vous estimez avoir effectué cette opération. Dispositif de protection mis en œuvre
Unité 1			
Unité 2			
Unité 3			
Unité 4			

Joindre un tableau supplémentaire si nécessaire

Mentionner toute information utile

Informations complémentaires

Répertorier les documents transmis

Liste des documents transmis

Un complément d'information peut être contenu dans votre livret médical détenu au centre militaire d'archives. Votre autorisation est requise pour y accéder.

Validez pour cela la case ci-dessous :

J'autorise la consultation de mon livret médical par le service administratif d'archives de la Marine.

Vous n'exercez pas à temps plein ou partiel une activité professionnelle merci de cocher la case ci-dessous :

Je n'exerce pas d'activité professionnelle dans la fonction publique ou le secteur privé.

Je soussigné(e)

demeurant (adresse)

atteste sur l'honneur l'exactitude de mes déclarations figurant ci-dessus.

Je suis conscient qu'une fausse déclaration remettrait en cause la bonne réalisation de l'enquête administrative.

Le (date)¹

(Nom et Prénom)

(Signature manuscrite)

¹ Le délai de traitement de votre dossier est suivi. Il court à nouveau à compter de la réception de votre questionnaire (cachet de la poste faisant foi). Les dossiers agréés recevront une réponse sous deux mois.