

Conformément à l'arrêté du 23 septembre 2020 :

Le dossier médical contenant le certificat d'aptitude établi par un médecin agréé, devra être complet le jour de la rentrée. Un délai maximum de 2 mois sera accordé uniquement pour l'examen ophtalmologique et la mise à jour des vaccinations. Après ce délai, l'inscription de l'étudiant pourra être annulée

DOSSIER MEDICAL

ETUDIANT EN 1^{ère} année de Formation

Nom : Prénom :

Adresse :
.....

Date de Naissance : Lieu de Naissance :

N° Sécurité Sociale Clé :

VACCINATIONS

L'article L10 du code de la santé rend obligatoire :

vaccination	1 ^{ère} Injection	2 ^{ème} Injection	3 ^{ème} Injection	Rappel	Rappel	Rappel
DTP						
ROR						
Coqueluche						
Hépatite B						

	Date	Dosage
Dosage des Anticorps ANTI-HBs		
Dosage des Antigènes HBS (Si Ac anti HBs < 100 mUL/ ml)		

EXAMENS MEDICAUX (à joindre au dossier)

Radiographie Pulmonaire (de moins d' 1 an)

Numération formule sanguine et sérologie Hépatite B (moins de 6 mois) ainsi qu'un dosage des HBs

Consultation ophtalmologique (examen du cristallin à la lampe à fente)

Certificat Médical

Je Soussigné, Docteur _____ atteste que M. _____

- Est apte à suivre la formation de manipulateur en électroradiologie médicale
- Présente une numération formule sanguine normale
- Présente un état oculaire qui est compatible avec l'exercice de cette profession
- A un examen radiologique normal
- Est à jour de ses vaccinations

Fait à _____

Le

Signature et cachet du médecin

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE

A compléter par un médecin agréé *

Je soussigné(e), Docteur _____

Médecin agréé certifie que M _____

né(e) le _____ à _____

- ❖ présente les aptitudes physiques et psychologiques nécessaires à l'exercice de la profession de Manipulateur en Electroradiologie Médicale
- ❖ présente un état oculaire qui est compatible avec l'exercice de cette même profession
- ❖ présente une numération formule sanguine normale
- ❖ présente un cliché thoracique normal
- ❖ **présente une absence de contre-indication à l'utilisation d'appareils d'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) et aux radiations ionisantes**
- ❖ est immunisé(e) ou en cours d'immunisation (à préciser) contre l'Hépatite B, la diphtérie, le Tétanos et la Poliomyélite
- ❖ a subi une intradermo-réaction et que celle-ci est positive ou que deux tentatives infructueuses de vaccination par le BCG ont été effectuées. (falcutafive)

Pour faire valoir ce que de droit

Fait le :

Cachet et signature du Médecin :

*Liste Disponible par l'ARS

Pour la région Normandie : <https://www.normandie.ars.sante.fr/annuaire-des-professionnels-et-etablissements-0>

Pour la région Bretagne : <https://www.bretagne.ars.sante.fr/les-medecins-agrees-1>