

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<sup>ère</sup> 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 <sup>ère</sup> Injection	2 <sup>ème</sup> Injection	3 <sup>ème</sup> Injection	Rappel	Rappel	Rappel
<b>DTP</b>						
<b>ROR</b>						
<b>Coqueluche</b>						
<b>Hépatite B</b>						

	Date	Dosage
<b>Dosage des Anticorps ANTI-HB</b>		
<b>Dosage des Antigènes HBS (Si Ac anti HBs &lt; 100 mUL/ ml)</b>		

**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>