

**Lycée Jean Guéhenno**

16, rue Pierre Huet

61105 Flers Cedex

**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 :

Les vaccinations contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite (DTP) et l'hépatite B

BCG	Dates de vaccination	Vaccins utilisés
1 <sup>er</sup> vaccin		
2 <sup>ème</sup> vaccin		

Contrôle Tuberculique (Tuber-test)	Date du Tuber-test 5 UI	Réaction (positive ou négative)	Si positive, préciser dimension de la réaction

vaccination	1 <sup>ère</sup> Injection	2 <sup>ème</sup> Injection	3 <sup>ème</sup> Injection	Rappel	Rappel	Rappel
DTP						
ROR						
Coqueluche						
Hépatite B						

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

**EXAMENS MEDICAUX (à joindre au dossier)**

Radiographie Pulmonaire (moins de 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 \_\_\_\_\_

**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.

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>