

# FORMATION MANIPULATEUR D'ELECTRORADIOLOGIE MEDICALE

## DOSSIER D'INSCRIPTION ADMINISTRATIVE

Rentrée universitaire Promotion 2025-2026



Institut de Formation des Professionnels de Santé  
18, rue du 9 juin 1944 - BP 117  
19000 TULLE  
Tél. : 05.87.49.33.31 - Mail : ifsi@ch-tulle.fr

La **PRÉ-RENTRÉE** à l'Institut de Formation manipulateur d'électroradiologie médicale est fixée le :

**LUNDI 1<sup>er</sup> SEPTEMBRE 2025 de 9 h à 17h**

Votre présence est obligatoire

La **RENTRÉE** à l'Institut de Formation manipulateur d'électroradiologie médicale est fixée le :

**MARDI 02 SEPTEMBRE 2025 à 9 heures**

Ce dossier est strictement réservé aux candidats admis en Institut de Formation manipulateur d'électroradiologie médicale pour la rentrée de Septembre 2025 et ayant confirmé leur place à l'issue :

- de la procédure Parcoursup OU
- ayant réussi les épreuves de sélection par la voie de la Formation Professionnelle Continue (FPC)

Vous devez **imprimer ce dossier en recto uniquement**.

Le dossier est à nous retourner dûment complété et accompagné des pièces demandées **par voie postale en Lettre Suivie ou recommandé (cachet de la poste faisant foi)**, ainsi que le chèque d'inscription au plus tard :

- Pour les candidats FPC ayant confirmé l'inscription auprès de l'institut avant le **30 Mai 2025**,
- Pour tous les candidats Parcoursup ayant accepté définitivement une proposition d'admission, en fonction calendrier suivant :

Proposition d'admission acceptée définitivement (ou non)	Inscription administrative :	Documents à fournir à l'institut pour votre inscription administrative :	Dossier administratif complet à retourner par courrier à l'institut :
Entre le 02 juin et le 10 juillet 2025	Avant le 18 juillet 2025 - 12 h 00	<ul style="list-style-type: none"><li>• La fiche de renseignements</li><li>• La fiche d'admission parcoursup</li></ul>	Au plus tard le 22 juillet 2025
Entre le 11 juillet et le 17 août 2025	Avant le 22 août 2025 - 12 h 00	<ul style="list-style-type: none"><li>• Le chèque de 178 € à l'ordre du Trésor Public</li></ul>	Au plus tard le 25 août 2025
A partir du 18 août 2025	Dans les meilleurs délais	<ul style="list-style-type: none"><li>• L'attestation d'acquittement de la Contribution de Vie Etudiante et de Campus - 105 €</li></ul>	(CONTACTER L'INSTITUT)

**LES DOSSIERS DOIVENT COMPORTER L'INTÉGRALITÉ DES PIÈCES DEMANDÉES ET CELA CONDITIONNE VOTRE ENTRÉE EN FORMATION. LES DOSSIERS INCOMPLETS NE SERONT PAS PRIS EN COMPTE**

**SOMMAIRE**

1- LISTE DES PIÈCES À FOURNIR OBLIGATOIREMENT À L'INSCRIPTION.....	4
2- FICHE RENSEIGNEMENTS .....	6
3- PARCOURS SCOLAIRE .....	7
4- FICHE DE FINANCEMENT .....	8
5- SITUATION DE HANDICAP .....	9
6- ATTESTATION DE RÈGLEMENT DES FRAIS D'INSCRIPTION .....	10
7- CONTRIBUTION À LA VIE ÉTUDIANTE ET DE CAMPUS 2025 (CVEC) .....	11
8- HERBERGEMENT PENDANT LES PÉRIODES DE STAGE .....	12
9- DEMANDE DE DISPENSE D'UNITÉS D'ENSEIGNEMENTS.....	13
10- FICHE ÉTUDIANT – DRH .....	15
11- DOSSIER MÉDICAL .....	16
12- AUTORISATION D'ENREGISTREMENT ET D'UTILISATION DE L'IMAGE DE LA VOIX D'UNE PERSONNE MAJEURE OU MINEURE.....	22
13- INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES .....	24

**NOM (de naissance) :** .....

**NOM D'USAGE :** .....

**PRÉNOM :** .....

## 1- LISTE DES PIÈCES A FOURNIR OBLIGATOIREMENT A L'INSCRIPTION

Cases réservées à l'institut ne pas remplir

- Fiche de renseignements (toutes les rubriques doivent être renseignées)
  - Chèque de 178 € à l'ordre du trésor public + Attestation de règlement des frais d'inscription
  - Attestation d'acquiescement CVEC (*sauf dans le cadre de la promotion professionnelle et apprentissage*)
  - 2 photocopies de votre pièce d'identité en cours de validité recto-verso
  - Attestation d'admission parcoursup (*téléchargeable sur [parcoursup](#)*) / *Ne concerne pas les candidats ayant passé les épreuves de sélection de la formation professionnelle continue*
  - Attestation de responsabilité civile ou professionnelle à votre nom (***pour les stages de formation professionnelle en votre qualité d'étudiant Manipulateur d'électroradiologie médicale*** – Mention obligatoire sur l'attestation)
  - Copie du Certificat de participation à la journée défense et de citoyenneté pour tous candidats nés après 1988
  - Photocopies des diplômes obtenus
  - Fiche de financement accompagnée des justificatifs correspondant à votre situation
  - 2 Relevés d'identité bancaire (***au nom de l'étudiant***)
  - 3 justificatifs d'immatriculation sécurité sociale en cours de validité (copie recto verso précisant la caisse dont vous dépendez – *département-ville*)
  - 1 Photocopie du permis de conduire, de l'attestation d'assurance et de la carte grise du véhicule
  - Copie de votre Casier judiciaire n°3 à demander sur <https://casier-judiciaire.justice.gouv.fr> *Pour information, l'institut de formation se réserve le droit de demander le casier judiciaire n°2 du candidat*
  - Photocopie du relevé de notes du Baccalauréat uniquement pour les candidats en classe de terminale durant l'année scolaire 2024-2025.
- Pour les étudiants manipulateurs d'électroradiologie médicale étrangers, joindre obligatoirement :
- une traduction du diplôme effectuée par un traducteur agréé auprès des tribunaux français,
  - une attestation de comparabilité d'études (ancienne attestation de niveau) de ce diplôme, délivrée par l'organisme Enic-Naric, attestant de l'équivalence au minimum niveau IV (baccalauréat).
- Attention :** *le délai pour obtenir cette attestation est de plusieurs mois. Les frais liés à cette attestation délivrée par Enic-Naric sont à la charge du candidat. Enic-Naric : 1 avenue Léon Journault 92318 SEVRES CEDEX Tél : 01 45 07 63 21. Site internet : [www.ciep.fr/enic-naricfr/dossier.php](http://www.ciep.fr/enic-naricfr/dossier.php)*
- Demande de dispense d'enseignement(s) (*uniquement si vous êtes concerné(e)*)
  - Fiche DRH à compléter

- Fiche **DOSSIER MEDICAL** : **Tout dossier médical incomplet ne vous permettra pas de réaliser vos stages obligatoires**
  - Certificat médical d'aptitude - A faire établir par un médecin agréé qui ne doit pas être votre médecin traitant) - liste des médecins agréés disponible sur le site de l'Agence Régionale de Santé – modèle ci-joint - attestant :
    - que le candidat n'est atteint d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession à laquelle il se destine.
    - que la numération globulaire et la formule sanguine sont normales
    - de l'absence de contre-indication à l'utilisation d'appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM).
  - Certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation - A faire compléter par votre médecin traitant conformément au document ci-joint attestant que le candidat remplit les obligations d'immunisation et de vaccination prévues + joindre copie des sérologies effectuées et documents demandés sur le certificat médical de vaccination
  - Copie de votre carnet de vaccination
  - Radiographie pulmonaire datant de moins de 6 mois

;

**2- FICHE RENSEIGNEMENTS (Toutes les rubriques sont obligatoires)**

NOM de naissance : ..... NOM d'usage : .....

PRENOMS (dans l'ordre de l'Etat Civil) : .....

NE(E) le : ..... à : .....

Département : ..... N° DEPARTEMENT.....

NATIONALITE : ..... SEXE : Masculin  Féminin

Célibataire  Marié(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)  Pacs  Union libre

N° de Sécurité Sociale : .....

Nombre d'enfant à charge : ..... Age : .....

**ADRESSE PERSONNELLE DE L'ETUDIANT PENDANT SA SCOLARITE** : .....

N° de téléphone fixe : .....

N° de téléphone Portable : .....

Mail : .....

**Coordonnées des personnes à prévenir en cas d'urgence** (Lien de parenté + N° de téléphone) :

.....  
.....  
.....

**MODE DE DÉPLACEMENT DURANT LES STAGES** :

AVEZ-VOUS LE PERMIS DE CONDUIRE :

OUI      Avez-vous un véhicule ?       OUI       NON

NON      Votre permis est-il en cours ?       OUI       NON

### 3- PARCOURS SCOLAIRE

Date de sortie du système scolaire : .....

Dernière classe suivie - Etablissement - ville : .....

#### DIPLOMES OBTENUS :

BACCALAUREAT Série : ..... Année : .....

Spécialité Première : ..... Spécialité Terminale : .....

N°INE..... (Obligatoire pour les candidats admis via Parcoursup)

*Vous trouverez ce n° INE sur le relevé de notes du Baccalauréat (depuis 1995) ou en contactant votre ancien lycée ou votre ancienne faculté - Il est aussi appelé n° BEA. Il s'agit de 10 chiffres à la suite suivis d'une lettre.*

N° ETUDIANT (si vous êtes ou si vous étiez inscrit à l'université) .....

AUTRE DIPLÔME Année d'obtention : ..... Etablissement.....

Année d'obtention : ..... Etablissement.....

Année d'obtention : ..... Etablissement.....

Certificat Informatique B2i

Certificat informatique C2i

Etudes Supérieures PACES – LICENCE – MASTER - AUTRES : **Etablissement - Diplôme obtenu - Année**

.....  
.....  
.....

#### PARCOURS PROFESSIONNEL (Année - Durée - Etablissement - Service - En qualité de) :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

4- **FICHE DE FINANCEMENT** – Cocher la case en fonction de votre situation

STATUT	Pièces obligatoires à fournir avec le dossier d'inscription	Partie réservée à l'administration
<input type="checkbox"/> <b>Salarié(e) du secteur public</b>	L'attestation de prise en charge par l'employeur des frais pédagogiques de formation.	
<input type="checkbox"/> <b>Salarié(e) du secteur privé</b>	L'attestation de prise en charge de l'employeur ou d'un fonds de formation en produisant l'attestation de prise en charge des frais pédagogiques de formation.	
<input type="checkbox"/> <b>Inscrit(e) à France Travail</b>  <i>Conditions : Etre âgé(e) de moins de 53 ans, et que avoir travaillé 6 mois (soit 130 jours travaillés ou 910 h) dans les 24 mois qui précèdent la fin de votre dernier contrat de travail ou être âgé(e) de 53 ans et plus et avoir travaillé 6 mois (soit 130 jours travaillés ou 910 h) dans les 36 mois qui précèdent la fin de votre dernier contrat de travail.</i>	<b>N° Matricule France Travail :</b> .....  <b>Date d'inscription :</b> .....  L'avis de situation à télécharger sur votre espace personnel France Travail. Ce document doit être daté de moins d'un mois à la date de l'entrée en formation à <b>transmettre entre le 01.08.25 et le 29.08.25 (dernier délai).</b>  Notification de rejet et/ou de l'octroi d'une rémunération France Travail.	
<input type="checkbox"/> <b>En poursuite de scolarité</b>	Le ou les certificats de scolarité successifs depuis l'obtention du baccalauréat ou titre équivalent.  Le cas échéant, la ou les attestation(s) de scolarité en classe préparatoire aux épreuves de sélection d'entrée en IFMEM.	
<input type="checkbox"/> <b>Bourses Sanitaires et Sociales sur critères sociaux Région Nouvelle Aquitaine</b>	Dépôt de demande des Bourses Sanitaires et Sociales sur le site de la Région Nouvelle Aquitaine – Septembre 2025  Pour information, ouverture de la Campagne à compter de Début Juin 2025	
<input type="checkbox"/> <b>Aucune des catégories précédentes</b>		

## 5- SITUATION DE HANDICAP

### Etes-vous concerné(e) ?

NON     OUI compléter les champs suivants :

NOM DE L'APPRENANT : ..... PRENOM.....

Document à fournir :

- Aménagements antérieurs (PAP, PPS PAI)
- Bilan orthophoniste récent si troubles des apprentissages
- Justificatif MDPH ou par un médecin agréé MDPH

Votre dossier sera ensuite étudié par la section pour le traitement pédagogique des situations individuelles qui déterminera les possibilités d'aménagement de déroulement des études conformément à l'arrêté du 31 juillet 2009.

Afin d'organiser au mieux votre rentrée universitaire, merci de contacter dès à présent notre référente Handicap [pacheco@ch-tulle.fr](mailto:pacheco@ch-tulle.fr)

**6- ATTESTATION DE REGLEMENT DES FRAIS D'INSCRIPTION**

Je soussigné(e) NOM PRENOM DE L'ETUDIANT(E).....

Confirme mon inscription à l'Institut de Formation de manipulateur d'électroradiologie médicale du CH de  
TULLE.

Et atteste régler les frais d'inscription universitaires par chèque d'un montant de 178€ à l'ordre du TRESOR  
PUBLIC (comportant le Nom et le Prénom de l'étudiant(e) au dos du chèque)

Tulle, le .....

Signature de l'étudiant(e)

Signature du représentant légal (étudiant(e) mineur)

**Un exemplaire est à conserver par l'étudiant(e)**

**Informations aux étudiants boursiers :**

Les étudiants boursiers sont exonérés des frais d'inscription universitaires. Cependant, ils doivent verser avec le dossier d'inscription un chèque de 178,00 euros non encaissé et restitué par le secrétariat à réception de la notification d'attribution de la bourse sur critères sociaux.

## 7- CONTRIBUTION A LA VIE ETUDIANTE ET DE CAMPUS 2025 (CVEC)

Cette contribution est à régler en ligne sur le site <https://cvec.etudiant.gouv.fr/>

Elle comprend :

- La cotisation au FSDIE (Fonds de Solidarité et Développement des Initiatives Étudiantes),
- La cotisation pour les activités sportives et culturelles,
- La cotisation pour la médecine préventive de l'université.

*(Article de loi N°2018-166 du 8 mars 2018)*

L'attestation d'acquiescement avec le **QR Code** doit impérativement être communiquée avec votre dossier d'inscription afin que l'institut de formation puisse vous inscrire à l'université.

Les étudiants boursiers (bourses sur critères sociaux de la région Nouvelle Aquitaine et non CROUS) doivent s'acquiescer de le CVEC, télécharger l'attestation dans un premier temps puis demander le remboursement sur <https://cvec.etudiant.gouv.fr/> dans un deuxième temps.

**8- HERBERGEMENT PENDANT LES PERIODES DE STAGE**

Avez-vous une possibilité de lieu d'hébergement gratuit durant vos stages sur les départements 15-19-23-24-46-63-87 ?

OUI indiquez le code postal et la ville :

- .....

- .....

- .....

- .....

- .....

NON

### 9- DEMANDE DE DISPENSE D'UNITES D'ENSEIGNEMENTS

A retourner au secrétariat de l'institut  
**avant le 22/08/2025**  
pour examen en Section pédagogique  
Séance fin août 2025

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION	
Dossier réceptionné par	
DATE	

Nom : ..... Prénom : .....  
Téléphone ..... Mail (obligatoire).....

En application des articles 16 de l'arrêté du 17 janvier 202 modifié relatif au diplôme d'Etat de manipulateur d'électroradiologie médicale

« Les personnes admises en formation peuvent faire l'objet de dispenses d'unités d'enseignements ou de semestres par le directeur de l'établissement, après décision de la section compétente pour le traitement pédagogique des situations individuelles des étudiants, au regard de leur formation antérieure validée, des certifications, titres et diplômes obtenus et de leur parcours professionnel. »

#### PIECES A JOINDRE

- La copie d'une pièce d'identité (noter : copie certifiée conforme à l'original, dater et signer),
- Le(s) diplôme(s) original (aux) détenu(s),
- Le cas échéant, une attestation de validation d'ECTS de moins de 3 ans,
- Le cas échéant, le(s) certificat(s) du ou des employeurs attestant de l'exercice professionnel de l'intéressé(e) dans une des professions identifiées au 2° de l'article 7,
- Un curriculum vitae,
- Une lettre de motivation,
- Une attestation de niveau de langue B2 française pour les candidats étrangers,
- Le contenu détaillé des enseignements suivis antérieurement

#### VEUILLEZ LIBELLER PRECISEMENT LES ENSEIGNEMENTS DONT VOUS DEMANDEZ LA DISPENSE

Semestre	UE	Enseignement

**Je demande à bénéficier d'une dispense d'enseignement au vu de mon cursus et/ou de mes acquis antérieurs.**

**Date : ..... Signature de l'étudiant :**

Nom : .....Prénom : .....  
Téléphone .....Mail (obligatoire).....

**CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION**

**DECISION DE LA SECTION PEDAGOGIQUE  
COMPETENTE POUR LE TRAITEMENT PEDAGOGIQUE DES SITUATIONS INDIVIDUELLES DES ETUDIANTS**

En application des textes réglementaires de référence (voir page 1) la section compétente pour le traitement pédagogique des situations individuelles des étudiants réunie en date du :  
\_\_\_\_\_2025

décide :

UE	ECTS	AVIS (accord ou refus)	Argumentation

Date : ...../...../2025

La directrice, Présidente de la section pédagogique  L BLANCO	L'étudiant(e)
--	---------------

**10- FICHE ETUDIANT - DRH - ANNEE UNIVERSITAIRE 2025 - 2026**

**A COMPLETER LISIBLEMENT EN MAJUSCULE**

**NOM DE L'ETUDIANT :** .....

**PRENOM :** .....

**DATE DE NAISSANCE :** .....

**VILLE DE NAISSANCE :** .....

**NOM ET NUMERO DU DEPARTEMENT DE NAISSANCE :** .....

**ADRESSE ETUDIANT PENDANT LA SCOLARITE :** .....

**N° TELEPHONE (FIXE et PORTABLE) :** .....

**E. MAIL :** .....

**Cadre réservé IFPS**

- Photocopie de la pièce d'identité en cours de validité
- Relevé identité bancaire (au nom de l'étudiant)
- Justificatif d'immatriculation sécurité sociale
- Adresse de l'étudiant durant la scolarité

## 11- DOSSIER MEDICAL

Votre dossier médical doit comporter :

- La fiche étudiant – Medecine du travail
- Certificat médical d'aptitude physique et psychologique (A faire établir par un **médecin agréé** – (hors médecin traitant) - liste des médecins agréés disponible sur le site de l'Agence Régionale de Santé – modèle ci-joint). **Ce certificat mentionne que la numération globulaire et la formule sanguine sont normales et atteste notamment de l'absence de contre-indications à l'utilisation d'appareil d'imagerie par résonance magnétique (IRM).**
- Certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation (A faire compléter par votre médecin traitant – Document ci-joint) - Joindre copie des sérologies effectuées et documents demandés sur la fiche médicale.
- Copie de votre carnet de vaccination et joindre copie des sérologies demandées
- Radiographie pulmonaire datant de moins de 6 mois
- Photocopie de l'attestation des droits de votre caisse de sécurité sociale

Pour toutes demandes de renseignements concernant votre dossier médical, vous pouvez contacter le

**Service Santé au Travail du Centre Hospitalier de Tulle**

**Téléphone : 05.55.29.86.84 / Mail : medprev@ch-tulle.fr**

### Attention :

***L'accès aux stages est strictement conditionné au respect des obligations vaccinales en vigueur. L'institut ne pourra être tenu responsable en cas d'impossibilité de départ en stage liée à l'absence ou à la non-conformité du statut vaccinal de l'étudiant. L'institut n'est pas en mesure de rechercher des terrains de stage au cas par cas, selon la situation vaccinale individuelle***

***Un mémo vaccination est à consulter impérativement sur le site internet de l'IFPS.***

**FICHE ETUDIANT - MEDECINE DU TRAVAIL - ANNEE UNIVERSITAIRE 2025 - 2026**

**A COMPLETER LISIBLEMENT EN MAJUSCULE**

NOM DE L'ETUDIANT : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

VILLE DE NAISSANCE : .....

NOM ET NUMERO DU DEPARTEMENT DE NAISSANCE : .....

ADRESSE ETUDIANT PENDANT LA SCOLARITE : .....

N° TELEPHONE (FIXE et PORTABLE) : .....

E. MAIL : .....

**Attention : Votre carnet de santé devra être présenté obligatoirement lors de votre visite médicale programmée à votre entrée en formation.**

**Cadre réservé IFPS**

**DOSSIER MEDICAL :**

- Certificat médical d'aptitude - A faire établir par un **médecin agréé qui ne doit pas être votre médecin traitant**) - liste des médecins agréés disponible sur le site de l'Agence Régionale de Santé – modèle ci-joint - attestant :
  - que le candidat n'est atteint d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession à laquelle il se destine.
  - que la numération globulaire et la formule sanguine sont normales
  - de l'absence de contre-indication à l'utilisation d'appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM).
- Certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation - A faire compléter par votre médecin traitant conformément au document ci-joint attestant que le candidat remplit les obligations d'immunisation et de vaccination prévues + joindre copie des sérologies effectuées et documents demandés sur le certificat médical de vaccination
- Copie de votre carnet de vaccination et joindre copie des sérologies demandées
- Radiographie pulmonaire datant de moins de 6 mois
- Photocopie de l'attestation des droits de votre caisse de sécurité sociale

**CERTIFICAT MEDICAL**

Liste des médecins agréés disponible sur le site de l'Agence Régionale de Santé

Je soussigné(e), Docteur .....

Médecin agréé (***hors médecin traitant***), atteste que :

Nom Prénom de l'étudiant(e) .....

présente les aptitudes physiques et psychologiques, une numération globulaire et une formule sanguine normales, une absence de contre-indication à l'utilisation d'appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM) nécessaires pour suivre la formation et à l'exercice futur de la profession de manipulateur d'électroradiologie médicale.

**CACHET DU MEDECIN AGREE**

**DATE :**

**SIGNATURE**



<b>Filière universitaire :</b> <input type="checkbox"/> Médecine <input type="checkbox"/> Odontologie <input type="checkbox"/> Pharmacie <input type="checkbox"/> Sage-femme ou <b>Institut de formation :</b> ..... .....	<b>NOM :</b> ..... <b>Prénom :</b> ..... <b>Tél. :</b> .....  <b>Département de naissance :</b> ..... <b>Code postal résidence :</b> .....	<b>NOM de naissance :</b> ..... <b>Date de naissance :</b> .... / .... / .... <b>Email :</b> ..... <b>Commune de naissance ou pays si né(e) à l'étranger :</b> ..... .....
--	---	---

Avant votre entrée en formation, vous devez apporter la preuve que vous êtes vacciné(e) contre différentes maladies. Si vous n'êtes pas à jour des vaccinations obligatoires, vous ne serez pas autorisé(e) à aller en stage. Les tableaux suivants devront être complétés par un médecin. Cette fiche devra être communiquée, avec les résultats\*\* sérologiques réalisés (au minimum anticorps anti-HBs et anticorps anti-HBc), en même temps que votre dossier d'inscription selon les modalités décrites par l'établissement.

Diphtérie-Tétanos-Polio (dTP)* / Diphtérie-Tétanos-Polio-Coqueluche (dTPCa)	
Faire un rappel dTPCa si un vaccin coquelucheux n'a pas été administré dans les 5 dernières années. Puis rappels dTPCa à âge fixe (25, 45 et 65 ans).	
<b>Dernier rappel dTP</b> Date : .... / ... / ... Nom : .....	<b>Dernier rappel dTPCa</b> Date : ... / ... / ... Nom : .....

Hépatite B*
<b>Conditions d'immunisation valides :</b> Ac anti-HBs > 100 UI/l (quels que soient l'historique vaccinal et l'ancienneté des résultats) Ac anti-HBs ≥ 10 UI/l et Ac anti-HBc négatif et schéma vaccinal complet Autres situations : cf. Mémo « Professionnel de santé en charge des vaccinations des étudiants en santé »
<b>Schémas complets valides :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 3 doses (2 doses à au moins 1 mois d'intervalle, 3e dose au moins 5 mois après la 2e)</li> <li>- Schéma accéléré (adultes) : 3 doses en 21 jours puis rappel à 1 an</li> <li>- Schéma administré dans l'adolescence (entre 11 et 15 ans) : 2 doses espacées de 6 mois d'un vaccin dosé à 20 µg</li> </ul>



### ETUDIANT EN SANTE

Fiche médicale à valider par un médecin

Joindre résultats de sérologie\*\* et indiquer les dates de vaccination (quels que soient les résultats de sérologie) :

- Première dose => Date : ... / ... / ... Nom : .....
- Deuxième dose => Date : ... / ... / ... Nom : .....
- Troisième dose => Date : ... / ... / ... Nom : .....
- Injections supplémentaires :
- Date : ... / ... / ... Nom : .....
- Date : ... / ... / ... Nom : .....
- Date : ... / ... / ... Nom : .....

#### Rougeole Oreillons Rubéole (ROR)

Personnes nées depuis 1980 : 2 doses recommandées, à 1 mois d'intervalle quels que soient les antécédents pour ces 3 maladies (ou 3 doses si 1<sup>ère</sup> dose de vaccin reçue avant l'âge de 12 mois)  
Personnes nées avant 1980 : 1 dose si pas d'antécédent rougeole ou doute (sans contrôle sérologie préalable).

Personnes nées depuis 1980

Première dose : Date : ... / ... / ... Nom : .....  
Deuxième dose : Date : ... / ... / ... Nom : .....

Personnes nées avant 1980

Antécédent rougeole : Oui / Non  
Si Non : Date vaccination : ... / ... / ... Nom : .....

#### Varicelle

Vaccination avec 2 doses en absence d'antécédent varicelle (ou doute) et sérologie négative

Antécédent varicelle : Oui / Non

Si Non :

Sérologie positive : Joindre le résultat\*\*

Sérologie négative : dates des vaccinations :

Première dose : Date : ... / ... / ... Nom : .....

Deuxième dose : Date : ... / ... / ... Nom : .....



### ETUDIANT EN SANTE

Fiche médicale à valider par un médecin

#### Infections invasives à méningocoques (IIM) ACWY et B

**ACWY : 1 dose recommandée entre 11 et 14 ans avec un rattrapage jusqu'à 24 ans inclus en population générale**

**B : 2 doses entre 15 et 24 ans en population générale**

Date vaccination Men ACWY : ... / ... / ..... Nom : .....

Première dose Men B : ... / ... / ..... Nom : .....

Deuxième dose Men B : ... / ... / ..... Nom : .....

#### Tuberculose

**Vaccination : non obligatoire depuis le 1er avril 2019**

**IDR (Intra Dermo Réaction) : Il n'est pas obligatoire de disposer d'un résultat d'IDR.**

Toutefois, le médecin pourra proposer à l'étudiant, en l'absence d'examen de référence, de réaliser ce test (ou une IGRA, préférentielle chez les sujets vaccinés par le BCG) car le résultat peut servir de référence en cas de contage ultérieur et de détection d'ITL, particulièrement chez les étudiants originaires de zones d'endémie ou de forte circulation et étant en France depuis moins de 5 ans. À noter, la réalisation d'IDR est à éviter dans le mois suivant une vaccination ROR.

Si existence d'un résultat d'IDR connu, même ancien, et mesuré en mm, celui-ci doit être indiqué avec la date de réalisation.

Si informations disponibles, indiquer :

Date de la vaccination : .....

Date dernière IDR et résultat (en mm) : .....

Date IGRA de référence et résultat : .....

\* Vaccination obligatoire

\*\* Preuves d'immunisation jointes sous pli confidentiel

Je, soussigné(e) Dr ..... certifie que les renseignements inscrits ci-dessus sont exacts.

Fait le : .../.../.....

Signature et cachet du praticien :

## 12- AUTORISATION D'ENREGISTREMENT ET D'UTILISATION DE L'IMAGE DE LA VOIX D'UNE PERSONNE MAJEURE OU MINEURE

La présente demande est destinée à recueillir le consentement et les autorisations nécessaires dans le cadre de l'enregistrement, la captation, l'exploitation et l'utilisation de l'image de personnes majeures ou mineures (photographie, voix) quel que soit le procédé envisagé.

*Vu le Code Civil (article 9), la Déclaration universelle des droits de l'homme (article 12), la Convention européenne des droits de l'homme (article 8) et la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne (article 7)*

*Vu le règlement général européen N°2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation des données (RGPD) et à la loi n°78-17 du 06 janvier 1978 modifiée le 29 juin 2018 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés*

### Finalités envisagées

Enregistrement visuel et audio ou photographie pourront être exploités pour votre dossier administratif (Logiciel Berger Levrault), publication sur nos réseaux sociaux (Site internet de l'institut ou du Centre Hospitalier, Instagram, Facebook) dans le cadre d'activités pédagogiques réalisées intra ou extra à l'institut.

### Modes d'exploitation envisagées

Autorisation*	support	Conservation	Étendue de la diffusion
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Gestion administrative sur logiciel Berger Levrault	1 année	Personnels administratifs, équipe pédagogique et vie étudiante lors de l'évènement
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Trombinoscope / exposition	1 année	Personnels administratifs, équipe pédagogique, élèves/étudiants de l'établissement lors de l'évènement
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Pour un usage collectif à l'IFPS	1 année	Personnels administratifs, équipe pédagogique, étudiants et élèves de l'établissement
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	En Ligne	1 année	<b>Site avec accès réservé</b> (ENT, plateforme, ex ou intranet...) Précisez le(s) site(s) : .....
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	En Ligne	1 année	<b>Internet et réseaux sociaux de l'institut</b> Précisez le(s) site(s) : .....
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Support de stockage amovible	1 année	Précisez les destinataires du support : .....
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Projection collective	1 année	<input type="checkbox"/> Usage collectif dans l'IFPS <input type="checkbox"/> Autres usages institutionnels <input type="checkbox"/> Usages de communication externe à l'institut
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Autre (précisez)	1 année	Précisez les destinataires : .....

\* Cocher les cases

## Pour exercer vos droits

Les données recueillies au sein de ce formulaire font l'objet d'un traitement par la directrice de l'institut. Cette utilisation est valable pour la durée de la formation.

Vous disposez d'un droit d'accès aux données vous concernant, d'un droit de rectification, d'un droit d'opposition et d'un droit à la limitation du traitement de vos données. Vous disposez également d'un droit à l'effacement concernant l'image/la voix enregistrée et utilisée dans le cadre décrit ci-dessus.

Je m'engage à ne pas tenir responsable l'institut de formation ainsi que les représentants pour ce qui relève de la possibilité d'un changement de cadrage, de couleur et densité qui pourrait survenir lors de la reproduction.

Pour exercer vos droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante: [ifsi@ch-tulle.fr](mailto:ifsi@ch-tulle.fr) Si vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation auprès de la CNIL, en ligne sur [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr) ou par voie postale à l'adresse suivante : 3 place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS Cedex 07

## Autorisation

Je soussigné(e) : [Nom – Prénom]

Demeurant : [adresse]

Déclare être majeur (e) ou mineur (e) (rayez la mention inutile) et avoir pris connaissance des modes d'exploitations envisagées, ainsi :

j'autorise la captation de mon image / de ma voix et l'utilisation qui en sera faite par l'institut.

je n'autorise pas la captation de mon image / de ma voix.

Merci d'écrire lisiblement le mot « REFUS » : \_\_\_\_\_

Fait à .....

Le .....

Signature de l'étudiant/élève :

Signature des parents ou

représentant l'égal pour les mineurs :

### 13- INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

#### TENUES PROFESSIONNELLES

Un trousseau de cinq tenues de stage nominatives vous sera confié pour la durée de votre formation par le CH de Tulle. La restitution complète de ce trousseau vous sera demandée en fin de formation. Toute perte ou toute tenue abîmée vous sera facturée à hauteur de 10 € par tenue. Pour les activités de simulation, vous devrez être en tenue de stage.

#### MATERIEL

Il est fortement conseillé de vous équiper d'un ordinateur portable et d'une connexion internet (ou de vous faire prêter un ordinateur pour la durée de la formation). Attention nos documents pour les travaux sont compatibles avec Windows et Mac. Ils ne sont pas compatibles avec les appareils fonctionnant sous IOS, Android ni les ordinateurs de type Chromebook.

Vous pourrez télécharger le PACK OFFICE après réalisation de votre inscription à l'université et création de votre carte étudiante. La procédure à suivre vous sera remise le jour de la pré-rentrée.

#### RESTAURATION – HEBERGEMENT

Vous pourrez déjeuner au restaurant du campus de Tulle selon le tarif étudiant.

Vous pouvez consulter l'ensemble des offres présentées sur notre site internet ([www.ifsitulle.fr](http://www.ifsitulle.fr) : rubrique institut, vie étudiante, se loger à TULLE.). Des annonces sont également affichées au sein de l'institut.

**Si vous souhaitez plus d'informations sur le programme de formation vous pouvez consulter notre site internet**  
[www.ifsitulle.fr](http://www.ifsitulle.fr)