

## Annexe obligatoire au dossier d'inscription au DTS IMRT

(Arrêté du 23 septembre 2020 relatif au DTS IMRT)

### CERTIFICAT DE VACCINATION

**A FAIRE COMPLETER PAR UN MEDECIN**

**A RENDRE AU PROFESSEUR PRINCIPAL LE JOUR DE LA RENTREE**

**L'INSCRIPTION SERA EFFECTIVE APRES VALIDATION PAR L'INFIRMIERE SCOLAIRE**

**DES CERTIFICATS MEDICAUX**

NOM : .....

PRENOM : .....

CLASSE : .....

Conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels

Vaccin	Date dernière injection ou conditions d'immunisation
<b>DTP</b> <i>Obligatoire</i>	
<b>HEPATITE B</b> <i>Obligatoire</i>	
ROR <i>Recommandé</i>	
Grippe <i>Recommandé</i>	
Varicelle <i>Recommandé</i>	
Coqueluche <i>Recommandé</i>	
Covid 19 (loi n° 2021-1040 du 5 août 2021) <b><u>Vaccination obligatoire</u></b> <b><u>pour effectuer les stages</u></b>	

Je soussigné, Docteur ..... certifie les dates de vaccinations conformes.

Fait à ..... le.....

CACHET ET SIGNATURE DU MEDECIN

## CERTIFICAT MEDICAL

**A FAIRE COMPLETER PAR UN MEDECIN AGGREGÉ\***

**A RENDRE AU PROFESSEUR PRINCIPAL LE JOUR DE LA RENTRÉE**

**L'INSCRIPTION SERA EFFECTIVE APRES VALIDATION PAR L'INFIRMIERE SCOLAIRE  
DES CERTIFICATS MEDICAUX**

Je soussigné, Docteur..... atteste que l'étudiant(e) :

NOM :.....

PRENOM :.....

CLASSE :.....

- Ne présente pas de contre indication physique, psychologique à l'exercice de la profession de manipulateur en radiologie médicale et à l'utilisation d'appareils à imagerie par résonance magnétique :

OUI

NON

- Présente une numération globulaire et une formule sanguine normales :

OUI

NON

Fait à ..... le.....

CACHET ET SIGNATURE DU MEDECIN

\* Liste des médecins par département sur le site de l'ARS : <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/liste-des-medecins-et-specialistes-agrees>