

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
DTP <i>Obligatoire</i>	
HEPATITE B <i>Obligatoire</i>	
ROR <i>Recommandé</i>	
Grippe <i>Recommandé</i>	
Varicelle <i>Recommandé</i>	
Coqueluche <i>Recommandé</i>	

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>