

LISTE DES PIECES A FOURNIR

Pour valider définitivement votre inscription, vous devez, impérativement transmettre les pièces justificatives (de la page 1) par courrier postal dans les plus brefs délais au secrétariat de l'institut à l'adresse suivante.

Institut de Formation de Manipulateurs
d'Electroradiologie Médicale
CHU Amiens-Picardie Site Sud
Bâtiment SimUSanté
30 avenue de la Croix Jourdain
80054 Amiens cedex 1

ETAT CIVIL

- Fiche d'identification complétée (Cf. page 2)
- Photocopie d'une pièce d'identité recto/verso en cours de validité (carte d'identité ou passeport).
- Photocopie du titre de séjour valide, pour les étudiants étrangers
- 2 photos d'identité avec votre nom et prénom au verso

DIPLOMES A FOURNIR

- Pour les bacheliers de l'année (2023) : Photocopie du relevé de notes du baccalauréat
- Pour les bacheliers des années antérieures : Photocopie du diplôme du baccalauréat

LISTE DES PIECES A GERER ET A FOURNIR AU PLUS TARD LE 25 AOUT 2023 RENTREE : Lundi 4 septembre 2023 A 9h00

PAIEMENT DES DROITS D'INSCRIPTION

Par chèque libellé à l'ordre du TRESOR PUBLIC d'un montant de **170,00 €**.

PIECES MEDICALES (Cf. annexe 1)

Certificat médical émanant d'un médecin agréé.

Carnet de santé à jour des vaccinations.

L'admission définitive est subordonnée à la production des pièces médicales

Veillez à mettre à jour vos vaccinations et rappels sous réserve de ne pouvoir réaliser vos stages.

AUTRES DOCUMENTS A FOURNIR

Une attestation responsabilité civile, fournie par votre assurance à votre demande, couvrant l'année universitaire 2023/2024, portant impérativement la mention **stage en milieu hospitalier**.

2 photos d'identité avec votre nom et prénom au verso

DIVERS

Prévoir un moyen de paiement (espèce, CB) pour créditer votre badge d'accès aux parkings et au self.

Pour les stages hospitaliers, il est indispensable de posséder des chaussures (sabot hospitalier type crocks) blanches, fermées, silencieuses et lavables (chaussures de sport exclues).

Si vous souhaitez déposer une demande de bourse, la plateforme de la Région Hauts de France <https://aidesindividuelles.hautsdefrance.fr> ouvrira prochainement. Tous les documents demandés doivent être chargés sur cette plateforme.

Nous vous recommandons de vous procurer pour la première semaine de la rentrée l'ouvrage ci-dessous :

Imagerie médicale - Tome 1 – 3^{ème} édition revue et corrigée
E. MONTAGNE / F. HEITZ / D. BUTHIAU / F. MEYER
ISBN : 978-2-85385-310-1 (prix : environ 26 €)

Suite à la loi « orientation et réussite des étudiants » publiée le 15 mars 2018, une cotisation « vie étudiante » de **100 €** vous sera demandée (tarif 2023-2024).

ANNEXE 1

L'ADMISSION DEFINITIVE

est subordonnée à la production **AU PLUS TARD LE 25 AOUT 2023** :

1. d'un certificat médical émanant d'un médecin agréé :

(La liste des médecins agréés est disponible auprès de l'Agence Régionale de Santé de votre région)

- a) attestant que le candidat n'est atteint d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession.
- b) mentionnant numération globulaire et formule sanguine.
- c) attestant que l'état oculaire du candidat est compatible avec l'exercice de la profession.
- d) attestant de l'absence de contre-indication à l'utilisation d'appareils d'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM).

2. d'un certificat médical de vaccination A JOUR* :

- antidiphtérique
- antitétanique
- antipoliomyélitique
- hépatite virale B*
- Covid 19 : recommandé

Ce certificat devra également préciser que le candidat a subi un test tuberculinique (I.D.R. à 10 unités) et que celui-ci est positif ou que deux tentatives infructueuses de vaccination par le B.C.G. ont été effectuées.

***ATTENTION** : faute de certificat de vaccination conforme, vous ne pourriez effectuer vos stages.

Centre Hospitalier Universitaire d'Amiens

Attestation Médicale de Vaccination et d'Immunsation pour l'inscription des étudiants en santé

Formation : **Nom :** **Nom de naissance :**

Prénom : **Date de naissance :**

Adresse mail :

Tél :

Δ Si vous n'êtes pas à jour des vaccinations **OBLIGATOIRES**, vous ne serez pas autorisé à aller en stage. Cette attestation doit être communiquée avec les résultats* sous pli confidentiel en même temps que votre dossier d'inscription (art L3111.4 du Code de la Santé Publique).

VACCINATIONS OBLIGATOIRES		
IDR (valeur de référence quelle que soit la date)	Date : .. / .. / .. Taille de l'induration en mm :	Si négatif, pas de revaccination
dTP ou dTcP	Rappel dTcP si un vaccin anticoquelucheux n'a pas été fait depuis 5 ans (respecter un délai de 1 mois après le dernier dTP) et lors des rappels à âge fixe (25, 45, 65 ans) Dernier rappel dTP : date : .. / .. / Vaccin : Dernier rappel dTcP : date : .. / .. / Vaccin :	
Hépatite B	Rappel des conditions d'immunsation 1) Ac anti-HBS >100 (quelque soit l'histoire vaccinale et ancienneté des résultats) 2) Ac anti-HBS >10 et Ac anti-HBC négatif (si schéma complet) (joindre les résultats) Schéma complet : - Classique (3 doses) : 2 doses à 1 mois d'intervalle, la 3 ^e au moins 5 mois après la 2 ^e dose, - Adolescent (11 à 15 ans) : 2 doses espacées de 6 mois avec vaccin (Engérix B20 ou Genhévac B) - Accélééré (à titre exceptionnel) : 3 doses en 21 jours, rappel à 1 an (Engérix B20 ou Genhévac B) 1 ^{er} dose : Date : .. / .. / Vaccin : 2 ^e dose : Date : .. / .. / Vaccin : 3 ^e dose : Date : .. / .. / Vaccin : Injections supplémentaires : Date : .. / .. / Vaccin : Date : .. / .. / Vaccin : Date : .. / .. / Vaccin :	
VACCINATIONS RECOMMANDÉES		
BCG	Date vaccination : .. / .. / ou cicatrice vaccinale : <input type="checkbox"/>	
COVID 19	1 ^{er} dose : Date : .. / .. / Vaccin : 2 ^e dose : Date : .. / .. / Vaccin : 3 ^e dose : Date Rappel ou infection : .. / .. / Si Vaccin :	
ROR (Rougeole Oreillons Rubéole)	1 ^{er} dose : Date : .. / .. / Vaccin : 2 ^e dose : Date : .. / .. / Vaccin :	Varicelle ● Antécédent maladie : date : .. / .. / ● Si pas d'antécédent maladie ou doute → Sérologie IgG VZV* (joindre les résultats) ● Si sérologie négative → vaccination recommandée 1 ^{er} dose : Date : .. / .. / Vaccin : 2 ^e dose : Date : .. / .. / Vaccin :
Méningocoque C	1 seule injection recommandée jusqu'à 24 ans → Date : .. / .. / Vaccin :	

Je soussigné Dr Certifie que les renseignements inscrits ci-dessous sont exacts
Fait le : .. / .. /
Signature et cachet du praticien

Avis du Médecin du Travail

Date : .. / .. /

- Dossier complet
 Dossier incomplet :