

**POLE RESSOURCES HUMAINES, ENSEIGNEMENTS
SOINS « RHESo »**

**Coordination des écoles et instituts
Institut de Formation de Manipulateurs
d'Electroradiologie Médicale**

CHU Amiens-Picardie
Site Sud – Bâtiment SimUSanté- - 80054 Amiens cedex 1
Tel : 03 22 08 87 10

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

Les autres pièces sont à fournir au plus tard le 18 août 2025. En une fois et au complet.

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 (2025) : Photocopie du relevé de notes du baccalauréat
- Pour les bacheliers des années antérieures : Photocopie du diplôme du baccalauréat

FICHE D'IDENTIFICATION

Madame

Monsieur

Mademoiselle

NOM :

Prénom :

DATE DE NAISSANCE :

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

LIEU :

NATIONALITE :

N° de sécurité sociale :
de l'étudiant

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

N° INE

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

(le numéro se trouve sur le relevé de notes du BAC)

ADRESSE N° : RUE : Appt :

CODE POSTAL :

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

VILLE :

TELEPHONE FIXE :

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

TELEPHONE PORTABLE :

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

ADRESSE MAIL : (bien lisible svp)

Etiez-vous bousier(e) au lycée ?

oui

non

Souhaitez-vous être contacté(e) par un référent handicap ?

oui

non

LISTE DES PIÈCES A FOURNIR AU PLUS TARD LE 18 AOUT 2025 RENTREE : Lundi 1er septembre 2025 à 10h00

PAIEMENT DES DROITS D'INSCRIPTION

- Par chèque libellé à l'ordre de Régie 104 d'un montant de 175,00 €.

PIECES MEDICALES (Cf. annexe 1)

- Certificat médical émanant d'un médecin agréé (la liste des médecins de votre région est disponible sur internet).
- 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 avant le jour de la rentrée sous réserve de ne pouvoir réaliser vos stages aux dates prévues. A titre informatif, les reports de stage se font pendant les vacances scolaires.

AUTRES DOCUMENTS A FOURNIR

- Une attestation responsabilité civile, fournie par votre assurance à votre demande, couvrant l'année universitaire 2025/2026, 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 30 €)

- Suite à la loi « orientation et réussite des étudiants » publiée le 15 mars 2018, une cotisation « vie étudiante » de 103 € vous est demandée (tarif 2025-2026). Cette cotisation est à payer en ligne sur le site de la CVEC avant la rentrée. **L'attestation d'acquiescement est à imprimer depuis le site et à joindre au dossier d'inscription.**

ANNEXE 1

L'ADMISSION DEFINITIVE est subordonnée à la production **AU PLUS TARD LE 18 AOUT 2025** :

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* (faire un bilan sanguin avec dosage)
- Covid 19 : recommandé

Ce certificat devra également préciser que le candidat a subi un test tuberculique (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 pourrez effectuer vos stages.

Attestation Médicale de Vaccination et d'Immunisation 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 : | <u>Si négatif, pas de revaccination</u> |
| 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'immunisation 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 :