

MAJ le 23/07/2024

☐☐  
**DOSSIER MÉDICAL**  
pour l'entrée en Institut de Formation  
paramédicale.



☐ MANIPULATEUR EN RADIOLOGIE MÉDICALE

**FORMATION SUIVIE :**

Du .....au .....

Dossier complet à remettre le jour de la pré-rentrée



## L'ÉTUDIANT(E) :

- Nom .....
- Nom de jeune fille .....
- Prénom .....
- Date de naissance .....
- Situation Familiale .....
- Adresse .....  
.....
- Téléphone :.....
- Adresse mail .....
- N° de sécurité sociale .....



**CERTIFICAT MÉDICAL ETABLI PAR UN MEDECIN AGREE  
POUR L'ADMISSION EN INSTITUT DE FORMATION PARAMEDICAL**

Le médecin agréé juge de l'opportunité ou avis complémentaires pour déterminer sa décision médicale.

**Je soussigné, docteur** .....

**Médecin agréé par la préfecture du département** .....

**Exerçant à** .....

**Certifie que**

**M.**.....

**Né(e) le** .....

**Demeurant à** .....

.....

**Présente les aptitudes physiques et psychologiques nécessaires à l'exercice de la profession de : Manipulateur en Electroradiologie Médicale**

**Présente une numérotation globulaire et une formule sanguine normales**

**Ne présente aucune contre-indication à l'utilisation d'appareil d'imagerie par résonance magnétique (IRM)**

*Fait le* ..... *à* .....

**Signature et cachet du praticien**

**Lien pour obtenir la liste des médecins agréés de votre département :**  
<http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Liste-des-medecins-agrees>



**CERTIFICAT MÉDICAL ETABLI PAR VOTRE MEDECIN TRAITANT  
POUR L'ADMISSION EN INSTITUT DE FORMATION PARAMEDICAL**

Je soussigné (e), docteur .....

Atteste que M .....

Né(e) le .....

Répond aux obligations vaccinales des professionnels de santé

OUI

NON

Est apte physiquement et psychologiquement à effectuer les stages en lien avec son projet de formation, quel que soit la structure.

OUI

NON

Remis en mains propres à l'intéressé(e) pour faire valoir ce que de droit

Fait le :

A :

Signature et cachet du praticien

	<b>FICHE HANDICAP</b> (à remplir si nécessaire)	<b>Direction des IFPM du GHT Ile-de-France Sud</b>
	<b>Instituts de Formations Paramédicales</b>	<b>ES/IFPM/ADM/182/A</b>
<i>Date de creation :</i> 23/03/2022	<i>Nadia PECQUENARD Responsable de la gestion documentaire IFPM :</i> 23/03/2022	<b>MAJ : 16/03/2023</b> Page 8/10 <i>Date d'application :</i> 24/03/2022

Indice	Objet –	Rédacteur	Vérificateur	Approbateur
A	Création	C. FOURMENT Directeur des Soins Coordinatrice Générale des Instituts de Formations Paramédicales du CHSF  A.DUFOUR Assistante de Direction  Séloua LAOUARI Gestionnaire des Risques  23/03/2022 <b>SIGNE</b>	Nadia PECQUENARD Responsable Qualité  Séloua LAOUARI Gestionnaire des Risques  24/03/2022 <b>SIGNE</b>	S. LAOUARI Adjointe à la directrice des IFPM  24/03/2022 <b>SIGNE</b>



**Joindre impérativement à cette fiche, le justificatif de la MDPH  
Et/ou un bilan orthophonique de moins de 2 ans  
Pour la formation aide-soignant et auxiliaire de puériculture**

**IDENTITE**

**NOM de naissance :** .....

**Prénom :** .....

**Formation :**     Soins infirmiers                       Manipulateur d'électroradiologie médicale

Aide-soignante .....     Auxiliaire de puériculture

**Téléphone :** ..... / ..... / ..... / ..... / .....

**Mail :** .....@.....

**Date de la demande :** ..... / ..... / .....

**Signature :**

**HANDICAP**



Moteur



Visuel



Auditif



Mental

Trouble de l'apprentissage :

**ANALYSE DU BESOIN ET DE FAISABILITE POUR L'ACCES A LA FORMATION**

L'organisme peut-il adapter sa prestation selon le type de handicap ?			
Types d'aménagements	Oui	Non	Si oui, quelle(s) solution(s) apporter :

**CONCLUSION**

Admission en formation

Réorientation

Organisme : .....

Tél : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Mail : .....@.....

## IDENTIFICATION DES AMENAGEMENTS / ADAPTATIONS MISE EN PLACE

Aménagements / Adaptations à mettre en place	Pilotes interne	Aide externe

Suivi des aménagements mis en place

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

Est-ce que les aménagements mis en place ont été efficaces ?

OUI

NON

Si non, pourquoi ? : .....

.....

.....

Quelles autres solutions peuvent être mise en place ?

Aménagements / Adaptations à mettre en place	Pilotes interne	Aide externe

Bilan des aménagements mis en place

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

Est-ce que les aménagements mis en place ont été efficaces ?

OUI

NON

Si non, pourquoi ? : .....

.....

.....

Quelles autres solutions pourraient être mise en place ?

.....

.....

.....