





INSTITUT DE FORMATION DE MANIPULATEURS EN ELECTRORADIOLOGIE MEDICALE

5 avenue Esquirol – 69424 LYON Cedex 03

Tél. 04.72.11.67.00 ou 04.72.11.67.48 Mail : if.mem@chu-lyon.fr

DOSSIER D'INSCRIPTION ETUDIANT

Félicitations!

Votre dossier a été sélectionné pour intégrer notre Institut de Formation.

Pour finaliser votre inscription, nous vous remercions de bien vouloir nous retourner ce dossier complété :

- par mail sous 1 mois au plus tard,
- Et par courrier d'ici la rentrée.

Au-delà de ce délai, vous vous exposez au risque de perdre votre place.







FICHE DE RENSEIGNEMENTS POUR LE VERSEMENT DE DES INDEMNITES DE STAGES

NOM DE FAMILLE DE L'ETUDIANT IFMEM :
[NOM DE JEUNE FILLE] :
PRENOM(S) :
DATE ET LIEU DE NAISSANCE :// à : à :
DEPARTEMENT DE NAISSANCE :
PAYS DE NAISSANCE :
NATIONALITE :
[DATE DE NATURALISATION] :/
ADRESSE PERSONNELLE :
N° DE SECURITE SOCIALE :
DOMICILIATION BANCAIRE OU POSTALE
☐ Joindre votre relevé d'identité bancaire (RIB) ou postal (RIP) au format numérique
BACCALAUREAT :
☐ Joindre votre relevé de notes (téléchargé sur le site internet Cyclades) ou à défaut une copie numérique de votre diplôme.
SITUATION FAMILIALE : Célibataire ou union libre : Marié(e) :
☐ Joindre une copie du livret de famille si vous êtes marié(e).
Fait à :
Le:
Signature







INSTITUT DE FORMATION DE MANIPULATEURS EN ELECTRORADIOLOGIE MEDICALE

5 avenue Esquirol – 69424 LYON Cedex 03

Tél. 04.72.11.67.00 ou 04.72.11.67.48 Mail: if.mem@chu-lyon.fr

A FAIRE REMPLIR PAR UN MEDECIN AGREE les 2 pages suivantes

(Cf. liste sur le site internet de l'Agence Régionale de Santé de votre région)

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE (1/2)

1° A la production, au plus tard le jour de la re le candidat n'est atteint d'aucune affection	er 2020 - L'admission définitive est subordonnée : ntrée, d'un certificat médical émanant d'un médecin agréé attestant que d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la
d'électroradiologie médicale, ce certificat men	candidats à l'entrée dans les instituts de formation de manipulateurs tionne que la numération globulaire et la formule sanguine sont normales indication à l'utilisation d'appareils d'imagerie par résonance magnétique
Je soussigné(e), Docteur	, Médecin AGREE (Inscrit
sur la liste des médecins agréés de la région)	
	Atteste que
\square Mme \square Mr. Nom patronymique :	
Nom marital :	
Prénom :	
Demeurant :	
- n'est atteint(e) d'aucune affection d'ordre ph de Manipulateur(trice) d'Electroradiologie Mé	ysique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession dicale.

- présente une numération globulaire et une formule sanguine normales.
- ne présente pas de contre-indication à l'utilisation d'appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM) notamment les dispositifs de stimulation cardiaque (voir fiche indicative page suivante)

Fiche indicative permettant de vérifier l'absence de contre-indications à l'utilisation d'appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM) (2/2)

Nom	Prénom de l'étudiant(e)	Date naissance/	
Le non-respect des contre-indications pronostic vital.	s peut porter gravement atte	einte à la santé de l'étudiant(e) et enga	ger son
- L'étudiant(e) a- t-il été opéré ?	OUI 🗖 Année :	NON 🗖	
	Organe :		
- L'étudiant(e) est- il porteur de :			
> PACE MAKER	OUI 🗖	NON 🗖	
> ECLATS METALLIQUES	oui 🗖	NON □	
Si oui, préciser la nature (lim	naille de fer, soudure, balle, é	pingle):	
et le siège (orbite):			
En cas de doutes, faire pratic	quer un cliché radiologique		
VALVE CARDIAQUE (avec mét	al) OUI 🗖	NON 🗖	
CLIPS VASCULAIRES	OUI 🗖	NON □	
> FIL METALLIQUE DE SUTURE	OUI 🗖 Siège :	NON 🗖	
> AGRAFE DE SUTURE	OUI 🗖 Siège :	NON □	
> FILTRES VASCULAIRES	OUI 🗖 Type:	NON □	
MATERIEL D'OSTEOSYNTHESE	OUI 🗖 Type:	NON □	
	Siège :		
> PROTHESE ARTICULAIRE (avec	c métal) OUI 🗖	NON □	
IMPLANT AUDITIF	oui 🗖	NON □	
> VALVE DE DERIVATION DU L.C	C.R. OUI	NON □	
PATCH, DIFFUSEUR de médica	aments OUI 🗖	NON □	
(préciser) :			
Date :	Cad	chet du Médecin	

Signature

Page 4 sur 5







LE JOUR DE LA RENTREE est le Lundi 2 septembre 2024 à 8h00

DOCUI	MENTS A APPORTER LE JOUR DE LA RENTREE :
	Votre diplôme du Baccalauréat <u>original</u> ou l'original de votre relevé de notes du Baccalauréat (si vous n'êtes pas encore en possession du diplôme).
Si vous	ne les aviez pas encore envoyés par mail ou courrier :
	Le certificat médical d'aptitude Attention ! ce document est <u>obligatoire pour l'admission en formation</u> et doit être fourni au <u>plus tard le jour de la rentrée</u> . L'attestation médicale de vaccinations et immunisation
	Le justificatif de paiement ou d'exonération de la CVEC (à télécharger sur le site du CROUS). cvec.etudiant.gouv.fr
REGLEI	MENTS A EFFECTUER LE JOUR DE LA RENTREE :
	433€ par carte bleue, virement ou chèque (ordre : Régie IFCS Secteur Est). Pour information, cette somme comprend la participation aux frais de fonctionnement de l'Institut (139€), les frais de dossier d'inscription de l'Institut (124 €) ainsi que l'inscription Universitaire (170 €)
	vous êtes boursier.e, une partie de cette somme vous sera restituée par la Région lors du premier rsement de votre Bourse.

A très bientôt!