



Constitution du Dossier Administratif
Formation des Manipulateurs
D'Électroradiologie Médicale
Promotion 2026-2029

Institut de Formation des Professionnels de Santé

Groupement d'intérêt public

18 Hent Glaz – CS 16003

29107 QUIMPER CEDEX

Tél : 02.98.98.66.82

Courriel : contact@ifps-quimper.fr

Site internet : www.ifps-quimper.fr

Documents à joindre

Les documents administratifs doivent être au nom de l'étudiant, ceux établis au nom des parents ou du conjoint seront refusés.

<input type="checkbox"/>	Un virement de 178 € pour les droits d'inscription (En référence, indiquer le nom, le prénom de l'étudiant concerné et IFMEM 26-29)
<input type="checkbox"/>	L'attestation d'acquittement CVEC (Contribution Vie Etudiante et Campus).
<input type="checkbox"/>	1 dossier d'inscription administratif à compléter
<input type="checkbox"/>	1 photo d'identité, taille photomaton (y inscrire nom et prénom au dos)
<input type="checkbox"/>	2 RIB au format A4 au nom de l'étudiant(e) impérativement
<input type="checkbox"/>	1 photocopie de votre attestation <u>d'ouverture des droits à la Sécurité Sociale</u> . (Demander à la Caisse : CPAM, MSA...dont vous relevez si nécessaire).
<input type="checkbox"/>	1 formulaire de carte de stationnement à compléter, dater et signer
<input type="checkbox"/>	1 photocopie de la carte grise de votre véhicule
<input type="checkbox"/>	1 autorisation de prélèvement (compléter les deux parties du document) afin d'établir votre carte de self (même si repas non pris au self) accompagnée du RIB de la personne qui règle le self
<input type="checkbox"/>	1 ou 2 justificatifs de situation militaire en fonction de l'année de naissance (voir notice) (<u>Attestations recensement et JAPD/JDC</u>)
<input type="checkbox"/>	1 Attestation d'assurance de responsabilité civile
<input type="checkbox"/>	1 copie couleur de votre carte nationale d'identité Recto-Verso ou de votre titre de séjour
<input type="checkbox"/>	La copie de votre Baccalauréat ou équivalent
<input type="checkbox"/>	Le relevé de notes du baccalauréat pour les nouveaux bacheliers
<input type="checkbox"/>	Le certificat médical établi par un médecin agréé ARS
<input type="checkbox"/>	L'attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires des personnes mentionnées à l'article L311-4 du code de la santé publique dûment complétée

MERCI D'IMPRIMER LE DOSSIER EN RECTO UNIQUEMENT.

1 - Avez- vous déjà été inscrit(e) à l'Université de Bretagne Occidentale ? Oui Non

Si oui, indiquer votre numéro étudiant :

Identifiant National Etudiant (INE) :

A indiquer obligatoirement si inscription antérieure dans l'enseignement supérieur

N° BEA si bac obtenu après 1995

Important:
Ecrire les lettres figurant dans ce N° en minuscule afin d'éviter les confusions entre le i et le l, le s et le 5, le g et le 6. Le zéro doit être barré pour le différencier du O.

2 - Etat civil :

Sexe : Masculin Féminin

Nom patronymique : Prénoms :

Nom usuel (marital) :

Date de naissance :/...../..... Département ou pays : N° du département :

Ville de naissance : Arrdt : Nationalité :

Titulaire reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) : Oui Non

Portable :

Adresse email :

3 - Renseignements complémentaires : *Joindre un justificatif

• Numéro de sécurité sociale*

• Permis de conduire oui Non

• Véhicule* oui Non

3 b - Coordonnées des personnes à prévenir en cas de nécessité :

Personne numéro 1 :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Portable :

Adresse e-mail :

3 c - Coordonnées des personnes à prévenir en cas de nécessité :

Personne numéro 2 :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone fixe : Portable :

Adresse e-mail :

4 - Situation militaire : Joindre un justificatif.

3 - Exempté 4 - Service accompli 6 - Recensé 7 - JAPD/JDC effectuée 8 - En attente

5 - Titre d'accès à l'enseignement supérieur :

↳ **Baccalauréat** : Année d'obtention : Série : Options :

Ou

Equivalence ou diplôme étranger : Année :

↳ Type d'Etablissement : - Lycée - Université - Autre

Nom de l'Etablissement : Ville :

Département : N° Département : Pays :

6 - Diplômes obtenus : Indiquez l'intitulé du dernier diplôme obtenu :

.....

Etablissement : Département/Pays : Année : /.....

7 - Adresse :

Adresse fixe : (ou des parents)

Code postal : Commune : Pays :

Portable :

Adresse de l'étudiant pour l'année en cours : (si différente)

.....

Code postal : Commune : Pays :

Adresse mail personnelle

8 – Situation à l'entrée en formation et activité professionnelle :

- Situation à l'entrée en formation :

à la recherche d'un emploi en activité en poursuite d'étude

- Statut à l'entrée en formation :

Activité bénévole contractuel droit public élève/étudiant fonctionnaire intermittent du spectacle non connu

8 bis - Activités professionnelles antérieures : (emplois, même dans un autre domaine, stages ...)

Fonctions	Employeur	Durée du contrat
-	-	-
-	-	-
-	-	-

9 - Indemnisation pendant la formation :

Demandeur d'emploi / Précisez le N° identifiant Pôle Emploi :

Indemnisé : oui non

Employeur / Précisez le nom et le N° SIRET de votre établissement.....

Organisme financeur TransitionPro

Bourse régionale

Je soussigné(e)

Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus.

A

Le

Signature





Université de Bretagne Occidentale



PROMOTION 2026-2029

NOTICE D'INFORMATIONS POUR LA RENTREE SCOLAIRE DE LA FORMATION DES MANIPULATEURS D'ELECTRORADIOLOGIE MEDICALE

Rentrée le LUNDI 31 AOUT 2026 à 9H00

Institut de Formation des Professionnels de Santé
Groupement d'intérêt public
18 Hent Glaz – CS 16003
29107 Quimper Cedex
☎ Tèl : 02.98.98.66.82

✉ Courriel : contact@ifps-quimper.fr

@ Site internet : www.ifps-quimper.fr

Pour toute question, merci de contacter le secrétariat

INFORMATIONS PRATIQUES

ENVOI DES DOSSIERS ET RENTREE

Le dossier d'admission ci-joint est à envoyer renseigné par voie postale ou à déposer à l'accueil de l'IFPS, dans les 15 jours suivant l'acceptation de votre place sur Parcoursup.

L'emploi du temps de la semaine vous sera communiqué à la rentrée.

La rentrée est prévue **le lundi 31 août 2026 à 9h00.**

Vous pouvez contacter le secrétariat au 02-98-98-66-82, si vous rencontrez des difficultés dans le remplissage du dossier ou pour toute question sur les pièces demandées.

(Fermeture du secrétariat du 1^{er} août au 16 août 2026 inclus).

DROITS D'INSCRIPTION

Ils s'élèvent à **178 €** (Tarifs pour l'année 2025-2026, les tarifs peuvent évoluer pour l'année universitaire 2026-2027).

Vous devez payer **par virement bancaire** avec la désignation suivante :

« Nom et prénom de l'étudiant concerné et IFMEM 26-29 »

(cf : RIB de l'établissement ci-joint), **avant le 31 août 2026.**



TRESOR PUBLIC

RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

PARTIE RÉSERVÉE AU DESTINATAIRE DU RELEVÉ

Le relevé ci-contre est destiné à être remis à vos créanciers ou débiteurs, français ou étrangers, appelés à faire inscrire des opérations à votre compte (virements, paiement des quittances etc...)

Identifiant national de compte bancaire - RIB							
Code banque	Code guichet	N° de compte	Clé RIB	Domiciliation			
10071	29000	00001003884	10	TPBREST			
Identifiant international de compte bancaire - IBAN							
IBAN (International Bank Account Number)							
						BIC (Bank Identifier Code)	
FR76	1007	1290	0000	0010	0388	410	TRPUFRP1

TITULAIRE DU COMPTE :

GIP IFPS QUIMPER CORNOUAILLE

CONTRIBUTION VIE ETUDIANTE ET DE CAMPUS

Depuis le 1er juillet 2018, la CVEC est due chaque année par tous les étudiants inscrits en formation initiale dans un établissement d'enseignement supérieur, à l'exception de ceux concernés par les cas d'exonération prévus par la loi. Elle est un préalable à l'inscription. Elle est annuelle, elle doit être acquittée chaque année universitaire. Son montant est fixé, par la loi, à **105€** pour 2026-2027.

Le CROUS a la responsabilité de vous fournir une attestation d'acquiescement.

Afin de pouvoir vous inscrire à l'IFPS, **vous devez impérativement nous fournir cette attestation de paiement.**

Avant votre inscription administrative, les démarches sont à effectuer via le site <http://cvec.etudiant.gouv.fr/>

Sont exonérés mais doivent obtenir via le site **une attestation d'exonération** et un code CVEC :

- Les boursiers sur critères sociaux
- Les réfugiés
- Les bénéficiaires de la protection subsidiaire
- Les demandeurs d'asile bénéficiant du droit à se maintenir sur le territoire

Les personnes financées par leurs employeurs sont non assujetties mais doivent fournir **une attestation d'exonération**.

Il est important de conserver votre code CVEC, il vous sera demandé lors de votre inscription à l'UBO à la rentrée.

SITUATION MILITAIRE

Fournir le justificatif ou les justificatifs au regard de votre situation :

Situation	Année de naissance	Documents à fournir	
		Attestation de recensement	Certificat JAPD
Garçons nés avant	1979	NON	NON
Garçons nés en	1979	OUI	NON (car exemptés de la JAPD)
	1980, 1981, 1982	OUI	OUI (à partir de 19 ans et jusqu'à 25 ans)
Garçons et filles né(e)s à partir de :	1983	OUI	OUI (à partir de 18 ans et jusqu'à 25 ans)

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE

Conformément à l'Instruction DGOS/RH1 n° 2010-243 du 5 juillet 2010 relative aux modalités de mise en œuvre de la réforme LMD au sein des instituts de formation des manipulateurs d'électroradiologie médicale, les étudiants manipulateurs d'électroradiologie médicale doivent souscrire une assurance couvrant l'ensemble des risques liés à leur **responsabilité civile** lors de l'ensemble de leurs stages paramédicaux, effectués dans le cadre de leur formation ainsi que les trajets occasionnés par ceux-ci. L'attestation doit rendre compte d'une couverture des risques sur **l'ensemble de l'année scolaire soit du 01/09/2026 au 01/09/2027 et devra être renouvelée chaque année.**

La garantie doit couvrir :

- Accidents corporels causés aux tiers,
- Dommages immatériels,
- Accidents matériels causés aux tiers.

BOURSES REGIONALES

Le Conseil régional de Bretagne gère et verse les bourses régionales aux étudiants manipulateurs d'électroradiologie médicale. Si vous souhaitez faire une demande, le dossier de bourse est à remplir directement et exclusivement en ligne.

La campagne de bourse sanitaire et sociale au titre de l'année **2026/2027 sera ouverte du 01/05/2026 au 30/09/2026.**

Voici les informations nécessaires pour déposer votre demande de bourse sanitaire et sociale :

Code de la campagne : **Ezg8qtt**

Les inscriptions seront possibles du 1er mai 2026 au 30 septembre 2026

Lien pour faire votre demande en ligne : [portail de demande de bourses de la Région Bretagne](#)

Vous trouverez ci-dessous le lien pour accéder au « padlet étudiant » : [Padlet étudiants et stagiaires qualifiés sanitaire et social](#)

Les inscriptions débuteront le 1^{er} mai 2026.

INSCRIPTION A L'UNIVERSITE DE BRETAGNE OCCIDENTALE

L'I.F.P.S Quimper-Cornouaille est rattaché à l'Université de Bretagne Occidentale (UBO).

En parallèle de votre inscription à l'IFPS, vous aurez à vous inscrire à l'UBO. Les démarches à réaliser vous seront détaillées à la rentrée.

LOGEMENT CROUS

Pour toute demande de logement CROUS, il est nécessaire de constituer votre **Dossier social étudiant (DSE)** sur messervices.etudiant.gouv.fr et de cocher la case « demander un logement » pendant la procédure.

Les offres de logement disponibles sont en ligne à compter du 5 mai sur [Trouverunlogement.lescrous.fr](https://trouverunlogement.lescrous.fr).

L'attribution des logements Crous se fait en 2 phases :

- « **Phase principale** » – du 05/05 au 29/06 : priorité aux boursiers. Cette phase n'est pas ouverte aux étudiants internationaux.
- « **Phase complémentaire** » – à partir du 07/07 : ouverture à tous les étudiants avec priorité aux critères sociaux.

ATTESTATION D'INSCRIPTION ET CERTIFICAT DE SCOLARITE

Un certificat de scolarité est remis à chaque rentrée après le paiement des droits d'inscription.

Pour vos démarches administratives, une attestation provisoire d'inscription peut vous être délivrée sur demande.

DISPENSES D'ENSEIGNEMENT

Conformément à l'article 16 de l'arrêté du 17 janvier 2020 modifié relatif à l'admission dans les instituts préparant au diplôme d'Etat de manipulateur d'électroradiologie médicale, les personnes admises en formation peuvent faire l'objet de dispenses d'unités d'enseignements ou de semestres par le directeur d'établissement, après décision de la section compétente pour le traitement pédagogique des situations individuelles des étudiants, au regard de leur formation antérieure validée, des certifications, titres et diplômes et de leur parcours professionnel. **Vous devez transmettre une demande de dispense au plus tard le 09 septembre 2025 à 12h00**, sur la base des documents suivants :

- Le(s) diplôme(s) originaux détenu(s)
- Le cas échéant, une attestation de validation d'ECTS de moins de 3 ans ;
- Le cas échéant, le(s) certificat(s) du ou des employeurs attestant de l'exercice professionnel dans une des professions identifiées pour le(s) diplôme(s) transmis
- Un curriculum vitae
- Une lettre de motivation
- Une attestation de niveau de langue B2 française pour les candidats étrangers

Une information vous sera donnée à la rentrée scolaire.

Pour toute question à ce sujet, vous pouvez prendre rendez-vous avec **Madame LE SIGNOR Véronique**, la coordinatrice pédagogique de l'Institut de Formation des Professionnels de Santé au : 02-98-98-66-82

RESTAURATION

Les étudiants de l'IFPS ont la possibilité de déjeuner au self de l'EPSM du Finistère SUD qui est ouvert de 11h30 à 13h30 (5 minutes à pied). Pour y accéder, une carte est indispensable.

Vous devez compléter la demande de prélèvement de l'EPSM et de joindre le RIB de la personne à débiter pour les repas, même si vous ne souhaitez pas déjeuner au self, seul les repas pris seront facturés.

Un délai minimum de 8 jours est nécessaire entre le dépôt des pièces et la création de votre carte de self.

TENUES ET MATERIEL DE STAGE

En stage, et lors des travaux pratiques, le port de la tenue professionnelle est obligatoire. Chaque étudiant doit posséder 5 tenues. Ces tenues vous seront prêtées par la Blanchisserie Interhospitalière de Cornouaille durant les 3 années de formation.

Le trousseau mis à votre disposition devra être restitué en totalité à la fin de votre formation. Des informations complémentaires concernant les tenues professionnelles vous seront communiquées à la rentrée.

PHOTO D'IDENTITE

Pour la préparation de votre livret scolaire, il est nécessaire de transmettre une photo d'identité au format d'une Carte Nationale d'Identité ou passeport (photographie de face, tête nue).

DOSSIER MEDICAL

L'admission définitive en IFMEM est subordonnée à la production au plus tard à la rentrée (Cf article 91 de l'arrêté du 21/04/2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formations paramédicaux modifié) **d'un certificat médical établi par un médecin agréé ARS**, attestant que :

- l'étudiant.e ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession de manipulateur d'électroradiologie médicale
- la numération globulaire et la formule sanguine de l'étudiant.e sont normales
- l'étudiant.e ne présente pas de contre-indication à l'utilisation d'appareils d'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM)

Liste des médecins agréés ARS jointe et disponible sur le site :

https://www.bretagne.ars.sante.fr/system/files/2025-05/LISTE%20MEDECINS%20GENERALISTES%202023_05_2025DD29.pdf

Avant de débiter les stages hospitaliers, et dans l'objectif de préserver leur santé, les étudiants en santé doivent obligatoirement être vaccinés contre l'hépatite B, la Diphtérie, le tétanos et la polio.

Vous trouverez ci-joint une attestation vaccinale que vous pourrez faire compléter par le médecin de votre choix et nous renvoyer avec le dossier.

Il est nécessaire de vous présenter à cette consultation munie de **vosre carnet de santé ou de vaccination et une sérologie complète de l'hépatite B.**

Au regard de la réglementation actuelle, le médecin signataire du certificat de vaccination et d'immunisation contre l'hépatite B s'assurera des résultats de la recherche des anticorps anti-HBS en fonction de l'arrêté du 2 août 2013 modifié fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L. 3111-4 du code de la santé publique.

Il est vivement conseillé de se mettre à jour des vaccinations dès l'inscription.

La mise à jour des vaccins et l'IMMUNISATION contre l'hépatite B (qui peut nécessiter plusieurs injections) sont obligatoires pour le départ en stage.

L'attestation d'immunisation doit être obligatoirement fournie avant le départ en stage.

VACCINATION BCG : Un arrêté du 27 février 2019 **a suspendu** l'obligation de vaccination par le BCG.

Selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour les étudiants et professionnels de santé, il est par ailleurs recommandé d'être immunisé contre **la COVID-19, la coqueluche, la rougeole, la rubéole et les oreillons (ROR), la varicelle et la grippe saisonnière**, ainsi que contre l'hépatite A pour les personnes s'occupant d'enfants n'ayant pas atteint l'âge de la propreté (par exemple personnels des crèches, assistants maternels...) et – des structures collectives d'accueil pour personnes handicapées.

VACCINATION ROR : La vaccination avec une dose de vaccin trivalent ROR est fortement recommandée pour les personnes travaillant dans les services accueillant des patients à risque de rougeole grave (immunodéprimés). Les professionnels travaillant au contact des enfants doivent aussi recevoir une dose de vaccin trivalent rougeole-oreillons-rubéole.

En prévision d'un stage dans un service accueillant des enfants, veuillez à faire une sérologie et/ou à vérifier votre vaccination ROR.

BESOINS SPECIFIQUES

Pour les étudiants ayant des besoins spécifiques et/ demandes d'aménagement de la formation, vous pourrez prendre contact avec :

- **Madame Christelle DENIS-FEREC**, Référente handicap de l'institut de formation de Quimper :
02-98-98-66-82
christelle.denis-ferec@ifps-quimper.fr



PRÉFET DU FINISTÈRE

Liberté
Égalité
Fraternité

Date de mise à jour : 23 mai 2025

LISTE DES MEDECINS GENERALISTES AGREES POUR L'EXAMEN DES AGENTS DE LA FONCTION PUBLIQUE

Arrondissement de BREST :

M. le Docteur PONDAVEN François – 5 place de la Liberté – 29200 BREST	02 98 43 18 09
M. le Docteur HENRY Pierre – 9 place Jack London – 29200 BREST	02 98 05 02 04
M. le Docteur CONAN Pierre-Yves - 1, rue Paul Pochard - 29200 BREST	02 98 05 25 41
M. le Docteur FURET Eric - 2, rue Colbert - 29200 BREST	02 98 43 03 38
M. le Docteur MAILLOUX Florent - 165, rue Jean Jaurès - 29200 BREST	02 98 44 63 25
Mme le Docteur MATHILIN Nathalie – 42 venelle du Petit Cosquer – 29480 LE RELECQ KERHUON	02 98 03 39 02 02 98 03 39 02
M. le Docteur GALLOT-LAVALLEE Olivier – 2, place de l'Eglise Saint-Houardon - 29800 LANDERNEAU	02 98 85 13 89
M. le Docteur ABILIOU Vincent – 2 rue Albert Louppe – 29200 BREST	02 98 02 78 12
M. le Docteur LE HIR Alain – 2 rue Anatole Le Braz – 29860 PLABENNEC	02 98 40 42 57
Mme le Docteur KAPRY Marianne – 50 rue Raymond Leaustic – 29200 BREST	02 98 02 01 00
M. le Docteur PIRIOU Gérard – Hôtel de police 15 rue Colbert – 29200 BREST	02 21 09 53 94

Arrondissement de MORLAIX :

Mme le Docteur KERDUDO Sara - 6, rue Foch - 29660 CARANTEC	02 98 67 04 36
M. le Docteur LE RESTE Jean-Yves – 06 place de l'Eglise - 29620 LANMEUR	02 98 67 51 03
M. le Docteur LE VERGE Joseph – 74 rue de Brest – 29600 MORLAIX CEDEX	06 81 22 01 28
M. le Docteur BOURHIS Antoine – 2, Route de Paris – 29600 MORLAIX	02 98 63 32 45
M. le Docteur REUNGOAT Jean-Yves – 29670 TAULE (médecin cdg29)	

Arrondissement de QUIMPER :

Mme le Docteur HERRY Chloé – 6 rue du Pr Legendre – 29900 CONCARNEAU	07 81 17 17 04
M. le Docteur LEBRUN Hervé - 7, rue de Kéranguen - 29360 CLOHARS CARNOET	02 98 71 52 90
M. le Docteur PRIMAULT Stéphane - 12, rue Per Jakes Helias - 29500 ERGUE-GABERIC	02 98 90 74 93
M. le Docteur LOUBOUTIN Jean-Paul - 27, avenue de la France Libre - 29000 QUIMPER	02 98 95 32 75
M. le Docteur GUAYS Yann – 27, Avenue de la France Libre – 29000 QUIMPER	02 98 95 32 75
Mme le Docteur VIAGGI Marie – 32 rue de Lehan – 29730 TREFFIAGAT	06 76 83 73 13
M. le Docteur OUTY Pascal – 7 boulevard du Finistère – 29000 QUIMPER (médecin cdg29)	
M. le Docteur BLONDEL Philippe – 3 rue Kerneveleck – 29170 FOUESNANT	02 98 51 69 69
M. le Docteur SQUIBAN Jacques – 29000 QUIMPER (médecin cdg29)	

ATTESTATION MEDICALE D'IMMUNISATION ET DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES

 des personnes mentionnées à l'article L3111-4 du code de la santé publique

Je, soussigné(e) Docteur

 Certifie que : Nom de naissance Nom d'usage

 Prénom : Né(e) le...../...../.....

En formation de :

Est immunisé(e) :

- Contre la DIPHTERIE, le TETANOS et la POLIOMYELITE :

Dernier rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N° lot

- Contre l'HEPATITE B, selon les **conditions définies au verso**, il/elle est considéré(e) comme : *(rayer les mentions inutiles)*

- Immunisé(e) contre l'HEPATITE B :	oui	non
- Non répondeur (se) à la vaccination (après l'administration de 6 doses) :	oui	non
- Nécessitant un avis spécialisé	oui	non

- Par le BCG* OUI NON

Nom du vaccin intradermique ou Monovax®	Date du vaccin	N° lot

*Un arrêté du 27 février 2019 a **suspendu** l'obligation de vaccination par le BCG.

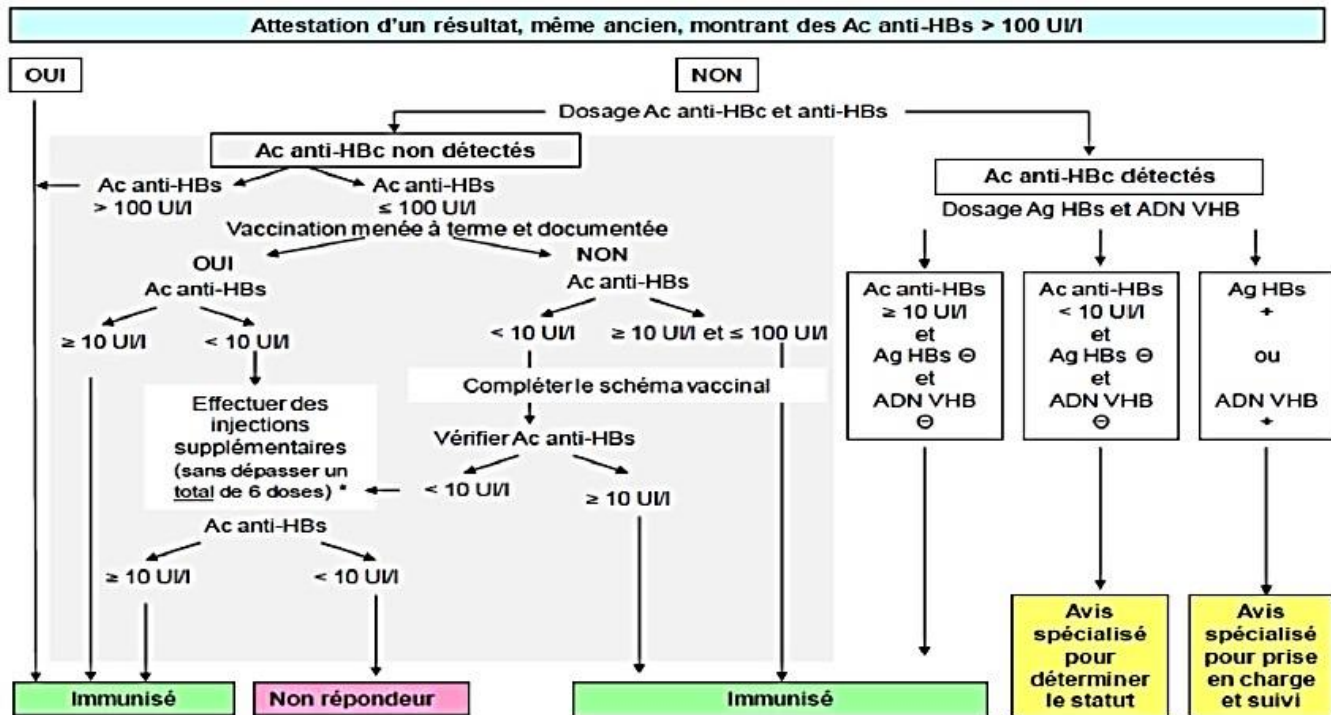
IDR à la tuberculine*	Date	Résultat (en mm)

*L'IDR de référence est **obligatoire** : Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiques.

SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN

Nota bene : Selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour les étudiants et professionnels de santé, il est par ailleurs recommandé d'être immunisé contre **la COVID-19, la coqueluche, la rougeole, la rubéole et les oreillons (ROR), la varicelle et la grippe saisonnière**, ainsi que contre l'hépatite A pour les personnes s'occupant d'enfants n'ayant pas atteint l'âge de la propreté (par exemple personnels des crèches, assistants maternels...) et – des structures collectives d'accueil pour personnes handicapées.

Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des personnes mentionnées à l'article L.311-4 et dont les conditions sont fixées par l'arrêté du 2 août 2013



* Sauf cas particulier voir 4^e de l'annexe 2 de l'arrêté

Légende : Ac : anticorps ; Ag : antigène ; VHB : virus de l'hépatite B

Textes de référence

- Articles L.3111-1, L.3111-4 et L.3112-1 du code de la santé publique (CSP).
- Arrêté du 15 mars 1991 fixant la liste des établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins dans lesquels le personnel exposé doit être vacciné, modifié par l'arrêté du 29 mars 2005 (intégration des services d'incendie et de secours).
- Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiques.
- Arrêté du 6 mars 2007 relatif à la liste des élèves et étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des autres professions de santé pris en application de l'article L.3111-4 du CSP.
- Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux (Titre III).
- Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L.3111-4 du CSP.
- Calendrier vaccinal en vigueur (cf. <https://vaccination-info-service.fr/>)

CERTIFICAT MEDICAL

Etabli par un Médecin Agréé
Admission dans un Institut de Formation des Professionnels de Santé
(Institut de Formation des Manipulateurs d'électroradiologie médicale)

Je soussigné, Docteur _____

Médecin agréé par la Préfecture du département _____

Exerçant à _____

Atteste que Mme, M. _____

Né(e) le _____ à _____

Demeurant à _____

- Ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession de manipulateur d'électroradiologie médicale
- Ne présente pas de contre-indication à l'utilisation d'appareils d'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM)
- Présente une numération globulaire et une formule sanguine normales

Fait à _____

Le _____

Signature et cachet du médecin

FORMULAIRE DE DEMANDE DE CARTE DE STATIONNEMENT

Dossier suivi par **Yvan BONNET**
Responsable des transports
Direction des Finances, de la Communication et de la Logistique
Tél : 02 98 98 66 20 (66 09) - Fax : 02 98 98 66 33

N/Réf : NV/YB

COORDONNÉES

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

PROMOTION

- ESI
- AS
- IFMEM
- Autres

Année de la promotion : _____ / _____

- 1^{ère} demande
- Renouvellement

Motif : _____

Véhicule 1 - Immatriculation : _____

Véhicule 2 - Immatriculation : _____

Sollicite une carte de stationnement et je certifie que je prendrai connaissance des informations mentionnées sur celle-ci (rappelées ci-dessous) et que le dit véhicule est assuré et à jour de son contrôle technique.

Fait le : _____

Signature du titulaire

Informations mentionnées sur la carte de stationnement :

- 1 - Le véhicule est autorisé à circuler et à stationner sur le site de l'EPSM du Finistère Sud dans les limites de temps et de lieux déterminés par les notes de services et règlement intérieur.
- 2 - Les prescriptions du Code de la Route sont à observer sur le site. **Toute infraction aux règles ou au règlement intérieur pourra entraîner le retrait temporaire ou définitif de la présente autorisation**, indépendamment des poursuites pénales et des contraventions auxquelles le contrevenant pourrait s'exposer.
- 3 - La présente autorisation est temporaire et réservée à l'attributaire de la carte conformément à la demande déposée à la Direction des Finances, de la Communication et de la Logistique.
- 4 - L'EPSM du Finistère Sud décline toute responsabilité en cas de vol, de perte ou détérioration du véhicule objet de la présente carte ou des dommages causés à celui-ci en cas d'absence de tiers responsable.
- 5 - Le propriétaire dudit véhicule fera son affaire personnelle de tout litige susceptible de survenir avec les autres usagers (hors patients) à quelques titres que ce soit.

DEMANDE DE PRELEVEMENT

TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER :

NOM :
PRENOM :
ADRESSE :
.....

Désignation de l'Organisme Créancier

EPSM DU FINISTERE SUD
18 HENT GLAZ - CS 16003
29107 QUIMPER CEDEX

Je vous prie de bien vouloir désormais et sauf instructions contraires de ma part vous parvenant en temps utile, faire prélever en votre faveur sur le compte mentionné ci-dessous :

Code établissement Code Guichet
N° de compte Clé RIB – RIP
Nom et adresse de l'établissement bancaire
.....

- (1) Les sommes dont je vous serai redevable au titre des repas pris au self-service de l'EPSM du Finistère Sud.
(2) Les sommes dont vous sera redevable mon fils ou ma fille, étudiant(e) IFPS (nom, prénom à préciser) au titre de ses repas pris au self-service de l'EPSM du Finistère Sud.

Les présentes instructions sont valables jusqu'à annulation de ma part, à vous notifier en temps utile.

A QUIMPER, le :

SIGNATURE du titulaire du compte à débiter
(Précédée de la mention « Lu et approuvé »)

(1) ou (2) : Rayer la mention inutile.

AUTORISATION DE PRELEVEMENT

Numéro National d'Emetteur

435440

TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER :

Nom et adresse de l'Etablissement bancaire :

NOM :
PRENOM :
ADRESSE :
.....

Je vous prie de bien vouloir débiter, sans autre avis, à la condition qu'il présente la provision nécessaire, mon compte n° :

Code établissement Code Guichet
N° de compte Clé RIB – RIP

Du montant de tous les avis de prélèvement qui seront émis à mon nom par :

EPSM du Finistère Sud

Désignation de l'organisme créancier

Il est entendu qu'en cas de litige sur un prélèvement, je devrai régler le différend avec l'organisme créancier ci-dessus désigné. Vous n'aurez pas à m'aviser de l'exécution desdites opérations hors de l'extrait de compte que vous m'adressez, ni éventuellement de leur non-exécution.

A QUIMPER, le :

SIGNATURE du titulaire du compte à débiter
(Précédée de la mention « Lu et approuvé »)

Prière de remettre les deux parties de cet imprimé à votre créancier : EPSM du Finistère Sud sans les séparer,
En y joignant obligatoirement un R.I.B ou R.I.P récent