

FICHE D'INSCRIPTION 2021/2022

photo

Intégration : PACES - PASS - STAPS

Renseignements Étudiant

N° national étudiant (INE ou BEA pour les bacheliers, **obligatoire** depuis 1995) _____

NOM Prénoms

Nom d'usage (marital).....

Né(e) le / / Département Ville de naissance

Sexe : F - Féminin M - Masculin Nationalité

N° de portable - - - - Adresse mail perso.....@

N° Carte Étudiant UJM (Messagerie universitaire.....univ-st-etienne.fr
(**carte à conserver**)

N° sécurité sociale de l'étudiant: _____ | _____

Baccalauréat

Année d'obtention ____/____/____ Série Mention

Dernier diplôme obtenu Année d'obtention ____/____/____

Adresse Étudiante :

N° Rue.....

Code postal Ville Téléphone - - - -

Type d'hébergement :

Domicile parental Logement personnel

Adresse de correspondance administrative :

Domicile parental Logement personnel

Renseignements Parents

Situation des parents : Mariés Vie martiale Séparés Divorcés Veuf (ve)

PARENTS	adresse	téléphone / messagerie	profession
Père (ou tuteur)			
Nom :	 - - - -	
Prénom :		
Mère(ou tutrice)	adresse (autre si différente)	téléphone / messagerie	profession
Nom :	 - - - -	
Prénom :		

Renseignements Famille

FAMILLE	Prénom	année de naissance	Etudes ou Profession
Frères et sœurs			
Conjoint			
Enfants			

Renseignements Administratifs

Formation Initiale Formation Continue financée Formation en contrat de professionnalisation Reprise d'études non financée

Bourse Conseil Régional Bourses départementales Financement autre précisez :.....

DOSSIER MÉDICAL ET VACCINAL

Textes de référence :

- *article L 311 -4 du code de la santé publique*
- *arrêté du 6 mars 2007 relatif à la liste des étudiants des professions médicales pharmaceutiques et des autres professions de santé*
- *circulaire DGS/SD5C/2007/164 du 16 avril 2007*
- *arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formations paramédicaux.*
- *Décret n° 2015-1110 du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute*
- *Décret n° 2019-149 du 27 février 2019 modifiant le décret n° 2007-1111 du 17 juillet 2007 relatif à l'obligation vaccinale par le vaccin antituberculeux BCG*

La réglementation relative aux obligations vaccinales des professionnels de santé et étudiants d'un établissement préparant à l'exercice de certaines professions de santé, nécessite la mise en œuvre et le respect de plusieurs dispositions que nous vous rappelons :

L'admission définitive dans l'Institut de formation préparant au Diplôme visé par le décret n°2015-1110 du 2 septembre 2015 est subordonnée :

1. A la production, **au plus tard le premier jour de la rentrée, d'un certificat** établi par un **médecin agréé attestant que le candidat ne présente pas de contre-indication physique ou psychologique** à l'exercice de la profession.
2. A la production, le jour de la rentrée, d'un **certificat médical de vaccinations et d'immunisation** conforme à la réglementation en vigueur (arrêté du 2 août 2013). Sur ce dernier point, la réglementation impose actuellement une vaccination obligatoire contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite.

La condition de vaccination doit être remplie par le candidat avant son départ en stage, sous peine de se voir notifier une exclusion voire une annulation de sa formation en cas de non respect de ces dispositions.

De plus, il est important de rappeler qu'une **contre indication à la vaccination contre l'hépatite B correspond de fait à une inaptitude à l'exercice de la profession concernée.**

Aucune dérogation n'est possible à l'application de cette réglementation

Il est IMPÉRATIF de se mettre à jour des vaccinations dès l'inscription dans le parcours de sélection compte tenu des délais potentiels entre les vaccinations et l'immunisation

La mise à jour des vaccins et de l'immunisation contre l'hépatite B (qui peut nécessiter plusieurs injections) est obligatoire avant le départ en stage.

Élisabeth CROUZOLS

Directrice I.F.M.K. Saint-Michel

CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE

Je, soussigné(e) Docteur

Médecin agréé, certifie avoir examiné le/...../.....

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénoms :

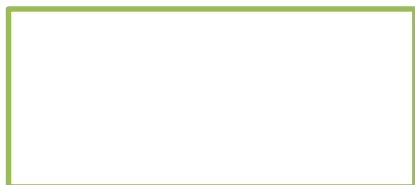
Né(e) le :/...../.....

Et atteste que la personne mentionnée ci-dessus n'est atteinte d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec la profession de masseur-kinésithérapeute

Le certificat est établi à la demande de l'intéressé(e) pour servir et faire valoir ce que de droit.

À, le.....

CACHET DU MÉDECIN



Signature du médecin :

ATTESTATION MÉDICALE DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES

Je, soussigné(e) Docteur

atteste que :

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénoms :

Né(e) le :/...../.....

est à jour des vaccinations obligatoires conformément aux obligations des professions de santé (textes de référence ci-dessus)

Vaccination D.T.P. - date de rappel antérieur entre 11 et 13 ans (rappel à 25 ans)

Vaccination Hépatite B - *OBLIGATOIRE pour les étudiants M.K*
3 injections *obligatoires/ 6 maxi selon sérologie*

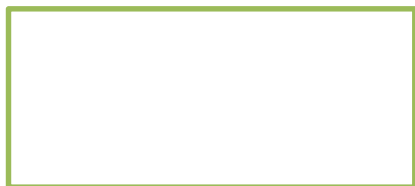
Sérologie AC Anti HBs obligatoire après schéma vaccinal complet, résultat doit être > à 100.
si résultat compris entre 10 et 100, Faire recherche AC Anti HBc :
si négatif et schéma vaccination complet = considéré immunisé
si AC Anti HBs <10, refaire un rappel et une sérologie 1 à 2 mois après

lui permettant
d'intégrer l'Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie Saint Michel à Saint-Étienne
de suivre les stages inhérents à la formation indiquée ci-dessus

Le certificat est établi à la demande de l'intéressé(e) pour servir et faire valoir ce que de droit.

À, le.....

CACHET DU MÉDECIN



Signature du médecin :