

DOSSIER D'INSCRIPTION 2025/2026

Photo

Intégration : PASS - LAS - STAPS

RENSEIGNEMENTS ÉTUDIANT

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

N° d'attestation de la CVEC 2025/2026 : _ _ _ _ _

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.....@etu.univ-st-etienne.fr)
(carte à conserver)

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

Baccalauréat

Année d'obtention _ _ _ / _ _ _ Spécialités : 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 ADMINISTRATIFS

Formation Initiale - Formation Continue - Bourse Conseil Régional - Bourse départementale

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

Parent 1 <input type="checkbox"/>	Tuteur 1 <input type="checkbox"/>	VOS PARENTS	Parent 2 <input type="checkbox"/>	Tuteur 2 <input type="checkbox"/>
Nom :	Nom :		Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :		Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :		Adresse :	Adresse :
Code postal : Ville :	Code postal : Ville :		Code postal : Ville :	Code postal : Ville :
Tél :	Tél :		Tél :	Tél :
Profession :	Profession :		Profession :	Profession :

AMÉNAGEMENTS PARTICULIERS

Tout étudiant en situation de handicap, comme défini au sens de la loi du 11 février 2005.

L'étudiant en situation de handicap peut demander à bénéficier d'aménagement concernant les études et/ou les examens, par la mise en œuvre de moyens techniques et/ou humains dont dispose l'IFMK en cohérence avec sa situation, pour rétablir l'égalité des chances, et faciliter l'accès au savoir.

Souhaitez-vous demander un aménagement particulier

Oui

Non

CONFIRMATION D'INSCRIPTION 2025

À retourner pour le lundi 25 août 2025 au plus tard

Je soussigné(e)

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus, et

- **M'engage** à constituer mon dossier d'inscription et à le remettre complet au plus tard le 25 août 2025,
- **M'engage** à me réinscrire à l'UJM, en double inscription - "étudiants en formation paramédicale"
- **M'engage** à fournir l'attestation d'acquiescement de la contribution vie étudiante et de campus (CVEC).
- **M'engage** à fournir le certificat d'inscription à l'UJM – IFMK 2A.
- **M'engage** à acquiescer les frais de scolarité à l'IFMK de 5802 € par année (ci-joint règlement du 1^{er} trimestre : chèque de 1934€ à l'ordre de St Michel Éducation)
- **M'engage** fournir une attestation d'assurance de responsabilité civile pour l'année en cours

- **M'engage**, conformément à la législation, à fournir un certificat médical¹ émanant d'un **médecin agréé** attestant que "l'étudiant n'est atteint d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession de Masseur-Kinésithérapeute"

(ATTENTION : ¹Le certificat médical fourni par l'IFMK est à faire remplir obligatoirement par un médecin agréé par l'ARS Auvergne Rhône-Alpes et doit être donné au plus tard le premier jour de la rentrée. L'admission définitive est subordonnée à la production de ce certificat),

- **M'engage** à fournir une attestation de vaccination²

(ATTENTION : ²Vos vaccinations - Hépatite B, Diphtérie, Tétanos Poliomyélite. - doivent être à jour au plus tard le premier jour du premier stage. - Nous attirons votre attention sur la nécessité d'anticiper très largement votre vaccination contre l'hépatite B, obligatoire pour tous les professionnels et étudiants en santé.

- En cas de contre-indication temporaire ou définitive à l'une des vaccinations indiquées ci-dessus, il appartient au médecin de l'Agence Régionale de Santé désigné par le directeur, d'apprécier la suite à donner à votre admission.

Fait à Le...../...../2025

Nom et prénom - Signature de l'étudiant
Ou du représentant légal si l'étudiant est mineur

Textes de référence :

- Article L 3111 -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 paramédicales.
- 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

CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE ATTESTATION MÉDICALE DE VACCINATIONS

Je, soussigné-e **Médecin agréé**, certifie
que M/Mme né-e le :

1- Ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession de
Masseur-Kinésithérapeute,

2- Atteste que, l'étudiant est à jour de ses [vaccinations obligatoires](#) pour l'année universitaire : **2025/2026**

Tableau vaccinations

- Vaccination Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite – à jour pas à jour

Date du prochain rappel :/...../.....

- Vaccination Hépatite B – à jour pas à jour

Date 1^{er} injection :/...../.....

Date 2^{ème} injection :/...../.....

Date 3^{ème} injection :/...../.....

- Sérologie hépatite B après vaccin réalisée : oui non

Positif - AC Anti HBs – dosage :>100 UI

- Négatif - Faire 4^{ème} injection + dosage, voire 5^{ème} injection + dosage, voire 6^{ème} et dernière injection + dosage - Non répondeur à la vaccination : oui non

Informations MPU : [info vaccinations](#)

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

À, le.....

CACHET DU MÉDECIN

Signature du médecin

GESTION ET FACTURATION DE LA FORMATION

(Ceci sera valable uniquement si vous avez été admis·e en première année à l'IFMK)

Coût de la formation :

Formation Initiale : 5 802 € par année de formation

1^{er} trimestre 1934 € chèque à l'inscription 2^{ème} trimestre 1934 €- (janvier-février- mars) 3^{ème} trimestre 1934 € (avril - mai - juin).

Demande de prélèvement automatique : [MANDAT DE PRELVT formulaire.pdf](#)

Merci de nous indiquer le destinataire de la facture

Nom et adresse du destinataire de la facture :

Parents Père Mère Étudiant

Formation continue : 8 509 €/ par année de formation

Après accord de la prise en charge en formation continue par un établissement de santé, merci de nous transmettre leurs coordonnées :

Nom et adresse de l'établissement :

N° SIRET

Personne à contacter : (nom Prénom –Fonction – adresse de messagerie)

Vous pourrez accéder aux factures via [École Directe](#). Les codes de connexion vous seront envoyés après votre inscription.

Rappel : En cas d'abandon de la scolarité, **tout trimestre commencé est dû**

NOTICE D'INSCRIPTION - 2025-2026

COMMENT REMPLIR LE DOSSIER D'INSCRIPTION

DONNÉES PERSONNELLES ÉTUDIANT

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

Ce numéro est obligatoire pour tous les étudiants depuis 1995, vous le trouverez sur votre relevé de notes du baccalauréat.

NOM – PRÉNOMS ÉTUDIANT

Indiquer si votre nom ou prénom comporte un accent, un trait d'union, une apostrophe

ADRESSE DE CORRESPONDANCE ADMINISTRATIVE

Toute correspondance administrative sera envoyée à l'adresse cochée

CARTE ÉTUDIANT UJM

Vous obtiendrez votre vignette 2025/2026 après inscription à l'UJM – inscription étudiants en formation paramédicale

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Formation initiale : si vous financez vous-même vos frais de formation

Formation continue : à cocher si vos frais de formation continue sont pris en charge par un organisme (employeur, OPCA, France Travail...)

PIÈCES JUSTIFICATIVES OBLIGATOIRES À transmettre lors de votre inscription

DOSSIER ADMINISTRATIF

- Dossier d'inscription complété, daté et signé
- Copie du Diplôme et Relevé de notes du Baccalauréat
- Copie de votre Carte d'Identité Recto-Verso ou passeport - en cours de validité
- Copie de votre Carte Vitale ou Attestation d'assurance maladie à votre nom
- Attestation d'Assurance **Responsabilité Civile (RC)**¹
- Attestation d'acquiescement de la Contribution à la Vie Étudiantes et de Campus (CVEC)
- Certificat d'inscription à l'UJM – IFMK 2A**

DOSSIER MÉDICAL (photocopie du carnet de vaccinations)

- Vaccination D.T.P.**
- Vaccination Hépatite B - Sérologie Hépatite B**
- Certificat médical d'aptitude et attestation médicale de vaccination** établi par un [médecin agréé](#)

L'institut souscrit une assurance pour vous couvrir dans votre activité en lien avec le programme des études et vous fait bénéficier d'une responsabilité civile professionnelle durant toute la totalité de vos études.

VALIDATION INSCRIPTION

Si le dossier est complet et les pièces conformes, votre inscription sera validée

¹ *Assurance Responsabilité Civile (RC) (les dates de validité doivent figurer sur ce document).

Les frais d'assurance de responsabilité civile sont à la charge des étudiants. Il appartient à ceux-ci de souscrire un avenant limité dans le temps auprès de la compagnie d'assurance qui gère leur contrat « multirisques habitation – responsabilité civile » ou celui de leurs parents. Le choix du montant des garanties assurées relève de la seule responsabilité des étudiants. Les étudiants doivent être garantis pour l'ensemble des risques suivants couvrant la responsabilité civile :

- accidents corporels causés aux tiers
- accidents matériels causés aux tiers
- dommages immatériels.