

Photo  
obligatoire

## FICHE D'INSCRIPTION DISPENSES DE SCOLARITE - PASSERELLE 2026

**COMPLÉTER LA FICHE D'INSCRIPTION EN LETTRES MAJUSCULES :**

**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° sécurité sociale de l'étudiant : ..... | .....

Adresse Étudiante :

N° ..... Rue .....

Code postal ..... Ville ..... Téléphone .....

Baccalauréat

Année d'obtention ..... / ..... Série ..... Mention .....

### **TITRE DE LA DISPENSE (diplôme vous permettant l'accès par passerelle)**

..... Année d'obtention ..... / ..... / .....

#### **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

### **JOINDRE À CETTE FICHE :**

1. Une copie de la carte nationale d'identité en cours de validité
2. Un curriculum vitae
3. Une lettre de motivation
4. Copies des titres et diplômes
5. Un certificat médical attestant que l'étudiant ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession – et attestation de vaccinations obligatoires

### **DOSSIER À RETOURNER À :**

#### **I.F.M.K. SAINT MICHEL**

Dossier PASSERELLE

29 rue Michelet

CS 60803

42952 SAINT-ÉTIENNE

# 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, il/elle 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<sup>er</sup> injection : ...../...../.....  
Date 2<sup>ème</sup> injection : ...../...../.....  
Date 3<sup>ème</sup> injection : ...../...../.....
- **Sérologie hépatite B** après vaccin réalisée :  oui  non  
 Positif - AC Anti HBs – dosage : .....>100 UI/l
- Négatif - Faire 4<sup>ème</sup> injection + dosage, voire 5<sup>ème</sup> injection + dosage, voire 6<sup>ème</sup> 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**