

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^{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/l

- ☐ 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