Saint-Michel Campus
L'INSTITUT DE FORMATION EN MASSO-KINÉSITHÉRAPIE

La Région Auvergne-Rhône-Alpes

Photo obligatoire

FICHE D'INSCRIPTION
DISPENSES DE SCOLARITE – PASSERELLE 2027

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

Saint-Michel Campus
L'INSTITUT DE FORMATION EN MASSO-KINÉSITHÉRAPIE

Saint-Michel Campus
FORMATIONS CONTINUES

La Région
Auvergne-Rhône-Alpes

CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE
ATTESTATION MÉDICALE DE VACCINATIONS

Je, soussigné·e …… **Médecin agrée**, 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 : **2026/2027**

Tableau vaccinations

- Vaccination Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite – à jour ☐ pas à jour ☐
  Date du prochain rappel : ……/……/…….

- Vaccination Hépatite B – à jour ☐ pas à jour ☐
  Date 1er injection : ……/……/…….
  Date 2ème injection : ……/……/…….
  Date 3ème injection : ……/……/…….

- Sérologie hépatite B après vaccin réalisée : ☐ oui ☐ non
  ☐ Positif - AC Anti HBs – dosage :……>100 UI/I
- ☐ Négatif - Faire 4ème injection + dosage, voire 5ème injection + dosage, voire 6ème 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**