

DTS Imagerie Médicale et Radiologie Thérapeutique

Le 1er juin 2023

Madame, Monsieur,

Vous venez d'être affecté(e) au Lycée Jay de Beaufort à compter de la rentrée 2023 en 1^{ère} année de DTS IMRT.

Nous vous donnons rendez-vous **le lundi 4 septembre 2023 à 14h** dans les locaux du Lycée Jay de Beaufort, au sein du Pôle Imagerie Médicale "Georges CHARPAK".

Cette demi-journée nous permettra de mieux vous connaître et sera l'occasion de vous présenter la formation: organisation, planning, enseignants....

Pour que votre inscription soit définitive, vous devez compléter et nous adresser **dès que possible et impérativement avant le 13 juillet 2023**:

par courrier

- la fiche d'inscription complétée et signée (avec photo) ;
- 1 copie des résultats du baccalauréat

pour les étudiants boursiers:

- dès réception une copie de la notification de bourse (les 2 pages)

A l'adresse suivante : Lycée Jay de Beaufort
Inscription DTS IMRT
9 rue de Turenne
24000 PERIGUEUX

par email

- 1 photo d'identité numérisée (format jpeg, bmp ou png de préférence) à envoyer à l'adresse suivante: christelle.baris@ac-bordeaux.fr.

Le jour de la rentrée il vous faudra apporter:

- **Le dossier médical** complété et accompagné des documents demandés.

Ne pas envoyer les documents du dossier médical par courrier.



Christelle BARIS
Directrice déléguée aux formations
Professionnelles et Technologiques

NB: Tout désistement devra être enregistré sur le site Parcoursup puis signalé le plus tôt possible par courrier électronique (christelle.baris@ac-bordeaux.fr).



MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE

Lycée Jay de Beaufort



Année scolaire :2023-2024

FICHE D'INSCRIPTION EN CLASSE DE D.T.S – I.M.R.T :1^{ère} année

Coller PHOTO

NOM :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

SCOLARITE DE L'ANNEE PRECEDENTE (établissement, adresse, classe) :

N° INSEE(N° Sécurité Sociale complet) :

Etes-vous boursier de l'enseignement supérieur ? OUI NON (entourer la bonne réponse)

N° National (INE) :

Régime :Demi Pensionnaire Externe

ADRESSE DE L'ETUDIANT(E)

Rue :

Commune :

Code postal :

Téléphone :

Adresse mail :

ADRESSE DES PARENTS

NOM et prénom du père :

NOM et prénom de la mère :

Adresse :

Adresse :

Téléphone :

Téléphone :

Profession :

Profession :

Signature de l'étudiant

LE DOSSIER MEDICAL DOIT COMPORTER

- Un certificat médical d'aptitude émanant d'un médecin agréé ;
- Une copie des résultats d'analyse biologique : **numération et formule sanguine** (prescription à demander à votre médecin);
- Un certificat de vaccinations contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite ainsi que contre l'hépatite B ;
- Une fiche d'examen de la fonction visuelle.

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE

EMANANT D'UN MEDECIN AGREE

(liste disponible à la préfecture)

A produire au plus tard le jour de la rentrée.

Je soussigné, Docteur _____, Médecin agréé,

Certifie que :

Mme, Mlle, M. _____

né(e) le _____ à _____

- Présente les aptitudes physiques et psychologiques nécessaires à l'exercice de la profession de manipulateur d'électroradiologie médicale ;
- Présente un état oculaire qui est compatible avec l'exercice de cette même profession ; (voir fiche d'examen de la fonction visuelle)
- Présente une numération globulaire et une formule sanguine normales ;
- Présente une absence de contre-indication à l'utilisation d'appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM) et aux radiations ionisantes ;
- Est immunisé(e) ou en cours d'immunisation (à préciser) contre 'Hépatite B, la Diphtérie, le Tétanos et la Poliomyélite ; (certificat ci-joint) ;
- A subi un test tuberculinique et IDR et que celui-ci est positif ou que deux tentatives infructueuses de vaccination pour le BCG ont été effectuées ;

Pour valoir ce que de droit.

Date _____

Signature et cachet du Médecin

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, ACADEMIE DE BORDEAUX

CERTIFICAT DE VACCINATIONS

NOM :

Prénom :

Né(e) le :

à :

Vu le code de la Santé publique,

Vu l'arrêté du 6 Mars 2007 relatif à la liste des étudiants des professions médicales concernés par l'application de l'article L.3111-4 du code de la santé publique.

Vu l'arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 du code de la santé publique.

Les étudiants des professions médicales doivent faire la preuve de leur immunisation contre la DIPHTERIE, le TETANOS, la POLIOMYELITE et l'HEPATITE B.

VACCINATIONS	N° LOT	DATES	SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN certifiant les dates
<u>D.T.P.</u>			
1^{ière} INJECTION			
2^{ième} INJECTION			
3^{ième} INJECTION			
RAPPEL			

NOM :

Prénom :

Né(e) le :

à :

VACCINATIONS	N° LOT	DATES	SIGNATURE ET CACHET DU MEDECINcertifiant Les dates
<u>HEPATITE B :</u> 1 ^{ière} INJECTION 2 ^{ième} INJECTION 3 ^{ième} INJECTION AUTRES RAPPELS (tous les 5 ans jusqu'à 21 ans puis tous les 10 ans)			

Résultat du dosage des anticorps anti-HBs :

Le patient est-il immunisé : Oui Non

SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN

FICHE D'EXAMEN DE LA FONCTION VISUELLE A COMPLETER PAR UN OPHTALMOLOGISTE

CONDITIONS D'ADMISSION

ACUITE

Pour être admis minimum requis :

- Acuité corrigée de loin = 8/10° (VOD + VOG)
- Acuité corrigée de près : P2 à l'échelle de PARINAUD

Ne peut être admis :

- Myopie supérieure à -10 dioptries (valeur initiale avant intervention éventuelle)
- Hypermétropie supérieure à +6 dioptries
- Affection évolutive de l'appareil visuel

CHAMP VISUEL

Ne peuvent être admis : les déficits bilatéraux :

- Hémianopsie latérale homonyme
- Hémianopsie bitemporale
- Rétrécissements concentriques (rétinopathie pigmentaire)

VISION BINOCULAIRE ET SENS DU RELIEF

Peut être admis :

- La vision monoculaire dans la mesure où l'autre œil satisfait aux exigences globales.

VISION DES COULEURS

Peuvent être admis :

- Les dyschromates anormaux (anomalie complète d'une des trois fondamentales).

Ne peuvent être admis :

- Les achromates. Les dyschromates complets (protanope, deutéranope, tritanope). (Les anomalies acquises de la vision des couleurs étant révélatrices d'une autre affectation, celle-ci déterminera l'aptitude).

EXAMEN

NOM, Prénom : _____

ACUITE SANS CORRECTION
(en l'absence de correction connue)

ŒIL DROIT

ŒIL GAUCHE

DE LOIN :(valeur en dixième)

DE PRES :(valeur à l'échelle de PARINAUD)

ACUITE AVEC CORRECTION

DE LOIN :(valeur en dixième)

DE PRES :(valeur à l'échelle de PARINAUD)

REFRACTION ET NOMBRE DE DIOPTRIES.

Emmétropie

Hypermétropie

Myopie

Astigmatisme

CHAMP VISUEL (au doigt)

Normal _____

Anormal _____

Type d'anomalie (en clair) : _____

VISION DES COULEURS (test isochromatique)

Normal _____

Anormal _____

Type d'anomalie (en clair) : _____

FOND OEIL : _____

CONCLUSION (indiquer s'il y a compatibilité avec les exigences requises) :

Fait le _____

Cachet et signature du médecin