

DTS Imagerie Médicale et Radiologie Thérapeutique

Le 31 mai 2024

Madame, Monsieur,

Vous venez d'être affecté(e) au Lycée Jay de Beaufort à compter de la rentrée 2024 en 1^{ère} année de DTS IMRT.

Nous vous donnons rendez-vous **le lundi 2 septembre 2024 à 9h30** 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 :

par courrier dès que possible et impérativement avant le 10 juillet 2024:

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

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

par email dès que possible

- 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.
- Une attestation d'assurance responsabilité civile scolaire et extrascolaire.

Pour les étudiants boursiers:

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



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 : 2024-2025

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.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, ACADEMIE DE BORDEAUX

CERTIFICAT DE VACCINATIONS (1)

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			

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, ACADEMIE DE BORDEAUX

CERTIFICAT DE VACCINATIONS (2)

NOM :

Prénom :

Né(e) le :

à :

VACCINATIONS	N° LOT	DATES	SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN certifiant 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 ou 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)

OEIL DROIT

OEIL 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