

## DTS Imagerie Médicale et Radiologie Thérapeutique

19 Mai 2020

Madame, Monsieur,

Vous venez d'être affecté(e) au Lycée Jay de Beaufort à compter de la rentrée 2020 en 1<sup>ère</sup> année de DTS IMRT.

Nous vous donnons rendez-vous **le Mardi 2 septembre 2020 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 impérativement **avant le 15 Août 2020**:

par courrier

- 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 (utilisez votre email personnel)

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

**Le jour de la rentrée** il vous faudra apporter:

- Le dossier médical complété et accompagné des documents demandés.

*Ne rien envoyer par courrier.*

- pour les étudiants boursiers:

- une copie de leur notification de bourse (les 2 pages)
- Un RIB au nom de l'étudiant



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](mailto:christelle.baris@ac-bordeaux.fr)).**



MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE

# Lycée Jay de Beaufort



**Année scolaire : 2020-2021**

**FICHE D'INSCRIPTION EN CLASSE DE D.T.S – I.M.R.T : 1<sup>ère</sup> 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 de la numération et formule sanguine ;
- Un certificat de vaccination par le B.C.G et attestation du test tuberculinique ;
- 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 VACCINATION PAR LE B.C.G. ATTESTATION DU TEST TUBERCULINIQUE (IDR)

Je soussigné, Docteur \_\_\_\_\_

Certifie que M. (Mme) \_\_\_\_\_ né(e) le \_\_\_\_\_

- A été vacciné(e) par le BCG aux dates suivantes :

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

- A subi une intradermo-réaction de moins de trois mois :

Le \_\_\_\_\_

**RESULTAT :**

NEGATIF :

POSITIF : \_\_\_\_\_ mm

(si positivité préciser la mesure de l'indication en millimètres)

En cas d'IDR toujours négative il est nécessaire de faire état de deux vaccinations réalisées par injection intradermique

Date \_\_\_\_\_

Signature et cachet

MINISTERE DE L'EDUCATION 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 <sup>ière</sup> INJECTION			
2 <sup>ième</sup> INJECTION			
3 <sup>ième</sup> INJECTION			
RAPPEL			

NOM :

Prénom :

Né(e) le :

à :

VACCINATIONS	N° LOT	DATES	SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN certifiant Les dates
<b><u>HEPATITE B :</u></b>  <b>1<sup>ière</sup> INJECTION</b>  <b>2<sup>ième</sup> INJECTION</b>  <b>3<sup>ième</sup> INJECTION</b>  <b>AUTRES RAPPELS</b>  (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, deutranope, 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