

POLE DES FORMATIONS PARAMEDICALES

Institut de Formation des Manipulateurs en Electroradiologie Médicale

Secrétariat : 02.31.56.83.28 - Courriel : ecmanipradio@chu-caen.fr

Caen, le 16/05/2025.

La Directrice de l'IFMEM

OBJET : Courrier de la Directrice – Présentation des modalités de rentrée

Madame, Monsieur,

Je tiens tout d'abord à vous féliciter pour votre admission et à vous communiquer des informations importantes concernant les modalités de rentrée.

Vous trouverez ci-après le dossier d'inscription (**à imprimer en recto/verso**) ainsi que l'ensemble des pièces dont vous devez prendre connaissance afin de nous fournir les documents nécessaires à la validation de votre inscription.

Afin de valider votre admission pour la rentrée 2025, ce dossier¹ dument complété et accompagné des pièces justificatives devra nous être retourné sous 15 jours :

- **Par courrier à l'adresse suivante** : IFMEM, CHU de Caen Normandie, CS 30001, 14033 CAEN Cedex 9
- **Par dépôt dans la boîte aux lettres** : à gauche des portes vitrées, à l'entrée du PFRS, 2 rue des rochambelles 14000 CAEN
- **Par dépôt en mains propres** : entre 8h30 et 16h, dépôt au secrétariat de scolarité de l'IFMEM, bureau 62, 4^e étage, PFRS, 2 rue des Rochambelles 14000 CAEN

J'attire également votre attention sur l'importance de la complétude de votre dossier médical ainsi que sur la mise à jour de vos vaccinations. En effet, en l'absence des certificats médicaux, vous ne pourrez pas intégrer la formation.

¹ Sur demande, ce dossier peut vous être adressé par courrier au format papier.

POLE DES FORMATIONS PARAMEDICALES

Institut de Formation des Manipulateurs en Electroradiologie Médicale

Secrétariat : 02.31.56.83.28 - Courriel : ecmanipradio@chu-caen.fr

Je tiens également à vous préciser que l'ensemble de votre dossier génère la validation de votre financement. Pour information, le coût pédagogique d'une année de formation s'élève à 6800€. Ce coût pédagogique sera assumé par un organisme financeur, par vous-même ou par le conseil régional en fonction des informations que vous aurez renseignées ; le dossier de financement doit donc impérativement être à jour (Cf. [Information – FINANCEMENT DE LA FORMATION](#)). La demande de bourses est à générer, si vous le souhaitez, directement via le lien suivant : <http://messervices.etudiant.gouv.fr> (attention, au respect des délais).

La **rentrée effective** en formation aura lieu le **lundi 1^{er} septembre au PFRS, 2 rue des Rochambelles 14000 CAEN (l'horaire exact, vous sera communiquer ultérieurement)**.

En l'attente de vous rencontrer, recevez Madame, Monsieur, mes sincères salutations.

Sylvie PEZERIL



Directrice des Instituts de Formation Paramédicale
IFCS IFIADE IFIBODE IFRUER IFSI IFMEM IFAS IFA CFARM

Institut de Formation de Manipulateur·rice·s
d'Électroradiologie Médicale

MERM

Dossier d'inscription Licence 1 Rentrée 2025



SOMMAIRE

SOMMAIRE	1
1. PIECES ADMINISTRATIVES	2
2. PIECES MEDICALES	3
3. INFORMATIONS PRATIQUES	4
4. INFORMATION – FINANCEMENT DE LA FORMATION	5
ANNEXE 1 : FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2025/2026	6
1A – Données administratives	6
1B – Déclaration de situation – Financement de la formation	8
1C – Autorisation de transmission des données	10
1D – Engagement de souscription assurance responsabilité civile	10
1E – Décharge de responsabilité et reconnaissance de risques dans le cadre des stages des étudiants mineurs	11
1F – Autorisation parentale autorisant la vaccination par le Service de Santé Etudiant des étudiants mineurs	12
ANNEXE 2 : CERTIFICAT MEDICAL D’APTITUDE	14
ANNEXE 3 : CERTIFICAT MEDICAL D’APTITUDE SPECIFIQUE A L’UTILISATION D’APPAREILS D’IMAGERIE PAR RESONANCE MAGNETIQUE	15
ANNEXE 4 : CERTIFICAT DE VACCINATIONS	16

1. PIECES ADMINISTRATIVES

La fiche de renseignements

⇒ ci-jointe [ANNEXE 1 – pages 6 à 11](#), dûment remplie, datée et signée

Justificatifs de financement du coût de la formation

⇒ En fonction de votre situation (notification de bourses, certificats de scolarité, attestation pôle emploi, ...)

La notification de bourse provisoire

⇒ Uniquement pour les personnes qui ont effectué une demande

Photo d'identité au format JPEG

⇒ À envoyer à : ecmanipradio@chu-caen.fr

Copie carte nationale d'identité recto verso (ou passeport) en cours de validité

Une attestation d'assurance de responsabilité civile personnelle pour les dommages matériels et immatériels causés aux tiers dans le cadre des activités de stages et à l'institut

Le relevé des notes du Bac sur lequel figure votre n°INE

⇒ à joindre ultérieurement pour les élèves de terminale

Le diplôme du BAC

⇒ à joindre ultérieurement pour les élèves de terminale

Un Relevé d'Identité Bancaire au nom de l'étudiant

Attestation CVEC « Contribution Vie Étudiante et de Campus » :

⇒ Délivrée via sur le site : <https://cvec.etudiant.gouv.fr/>

(montant : 105€ pour les non boursiers)

Pour les promotions professionnelles, rédiger une attestation sur l'honneur indiquant

Un chèque de 178€ à l'ordre du Trésor Public

Correspondant aux frais d'inscription.

Sportifs de haut niveau : personne concernées, fournir un justificatif

2. PIÈCES MÉDICALES

Ces pièces sont à recueillir de façon urgente en particulier en ce qui concerne la mise à jour des vaccinations.

Attention, pour la vaccination hépatite B : il est conseillé de commencer la vaccination dès maintenant et/ou de demander à votre médecin un dosage des anticorps.

Le certificat médical d'aptitude

- ⇒ ci-joint [ANNEXE 2](#) établi par un **médecin agréé** (liste des médecins agréés disponibles sur le site de l'ARS de votre région).
- ⇒ **Ce médecin ne doit pas être votre médecin traitant**

Le certificat médical d'aptitude spécifique à l'utilisation d'appareils d'IRM

- ⇒ ci-joint [ANNEXE 3](#) établi par un **médecin agréé**

Le certificat médical de vaccinations

- ⇒ ci-joint [ANNEXE 4](#)

Les résultats sérologiques – Numération globulaire et formule sanguine

Copie des vaccinations du carnet de santé

3. INFORMATIONS PRATIQUES

UNIFORMES

- Les tenues professionnelles vous seront fournies avant chaque départ en stage. En vue du premier stage.

REPAS

- Accès au restaurant universitaire à proximité du PFRS
- Cafétéria au sein du PFRS (restauration rapide)
- Accès au self du CHU

HEBERGEMENT

- Aucun hébergement n'est possible à l'institut.

BOURSES D'ETUDE REGIONALES

- L'octroi de la bourse est fonction du quotient familial de l'étudiant ; ce quotient est fixé chaque année ainsi que le montant de la bourse. Les demandes de bourses sont **à faire dès maintenant** (<http://messervices.etudiant.gouv.fr>).
- **NB** : Les élèves bénéficiaires d'une bourse **sont tenus d'assister à l'ensemble des enseignements et des stages sous peine de la suspension du versement des bourses.**

STATIONNEMENT

- Le PFRS dispose d'un **parking à places limitées**, nous vous conseillons donc d'utiliser les transports en commun lorsque vous êtes en cours (tram et bus sont à votre disposition avec des arrêts à proximité). Le PFRS dispose également d'un grand parking vélo abrité.

PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP :

- Contacter l'institut afin de connaître les démarches à effectuer.

INFORMATIQUE

- La formation nécessite l'utilisation d'un ordinateur.

FINANCEMENT DE LA FORMATION

Notice à conserver



Avant d'entrer en institut de formation sanitaire ou sociale en Normandie, vous devez impérativement vous assurer du mode de financement de votre formation et de vos ressources⁽¹⁾ pendant la durée de votre formation.

VOUS ETES	QUI FINANCE VOTRE FORMATION ? (2)
En poursuite de scolarité : - Titulaire du baccalauréat depuis moins de 4 ans ou - En études (scolarité sans interruption pendant plus d'une année)	Région
Demandeur d'emploi sans emploi	Région ou OPCO ⁽³⁾ (si éligible)
Salarié en CDD (droit privé ou public) ou Salarié en CDI inférieur ou égal à 24h / semaine	
Salarié en CDI supérieur à 24h / semaine	Employeur ou OPCO
Contrats aidés, Contrat de Sécurisation Professionnelle, service civique	Région
Agent de la fonction publique (Titulaire, stagiaire, contractuel en CDI, en disponibilité, inscrit ou non à Pôle-Emploi)	Employeur ou OPCO
En formation financée par la Région	Vous-même ⁽⁴⁾
Dans une autre situation	Vous-même

(1) Ressources : bourse régionale sur critères sociaux, allocation chômage, maintien de rémunération, ...

(2) Conformément aux règles de financement régionales et sous réserve de modifications

(3) OPCO : Opérateurs de Compétences (Santé, Cohésion Sociale, ANFH, Dispositif de transition professionnelle ...)

(4) Cf paragraphe 2.5 « délai de carence » des règles de financement régionales

Votre statut est considéré la veille de l'entrée en formation.

Pour les formations pluriannuelles, ce statut est révisable tout au long du cursus de formation (justificatifs à transmettre en début d'année).

En cas de non-production des pièces demandées dans les délais impartis, le coût de la formation vous sera facturé.

plus d'infos sur :
parcours-metier.normandie.fr

0 800 05 00 00 Service à votre écoute



ANNEXE 1 : FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2025/2026

1A – Données administratives

Nom de naissance Nom marital

Prénoms

Date de naissance Lieu de naissance Dép. Ville

Nationalité Française Autre préciser :

Sexe Masculin Féminin

Situation familiale Célibataire Pacsé Marié Autre préciser :

Nombre d'enfants

N° INE (BAC) N° CVEC

Téléphone 1 N° sécurité sociale

Téléphone 2 Mail

Permis de conduire Oui Non en cours Moyen de locomotion

Adresse de résidence pendant la formation Autre adresse, préciser (parents, amis...)

Personnes à prévenir en cas d'urgence

Nom	Tél.	Lien avec l'étudiant
Nom	Tél.	Lien avec l'étudiant

Profession père Profession mère

Études - parcours professionnel :

Diplômes obtenus :

.....

Niveau scolaire (préciser validé / non validé) :

.....

Activités professionnelles antérieures :

.....

.....

Titulaire de l'AFGSU

Oui

Non

Date d'obtention

Rémunération

Percevrez-vous un salaire ou des indemnités pendant la formation ? OUI NON

DEMANDEUR D'EMPLOI - Identifiant :

.....

Indemnisé ARE

Indemnisé AREF

Non indemnisé

SALARIE / Congé Professionnel de Formation - Employeur/organisme :

.....

AUTRE SALAIRE OU INDEMNITE - Préciser :

.....

PROMOTION PROFESSIONNELLE

TRANSITIONS PRO ou autre OPCA

BOURSIER (joindre obligatoirement l'attestation d'attribution conditionnelle de bourse)

Fait à _____,

le ____ / ____ / _____.

Signature de l'étudiant

1B – Déclaration de situation – Financement de la formation

FINANCEMENT DE LA FORMATION

DECLARATION DE SITUATION 25/26

+ LISTE DES PIECES A FOURNIR

à retourner à l'institut



RÉGION
NORMANDIE

NOM :PRENOM :

ADRESSE :
.....

NOM DE L'INSTITUT DE FORMATION :

POURSUITE DE SCOLARITE
<p>Etablissement fréquenté et diplôme préparé</p> <p>Année scolaire 2024/2025 :</p> <p>Année scolaire 2023/2024 :</p> <p>Année scolaire 2022/2023 :</p> <p>Année scolaire 2021/2022 :</p> <p>et</p> <p>Année d'obtention du baccalauréat :</p> <p><i>Justificatifs à fournir :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Lycéens : certificat de scolarité de l'année scolaire en cours ; - Personnes titulaires d'un baccalauréat obtenu à compter de juin 2021 : copie du diplôme du baccalauréat ; - Personnes n'ayant pas interrompu leur scolarité pendant plus d'une année : tous les certificats de scolarité depuis le lycée.
DEMANDEUR D'EMPLOI SANS EMPLOI
<p>N° identifiant Pôle-emploi :</p> <p>Dernier emploi occupé :</p> <p>Date de début de contrat :</p> <p>Date de fin de contrat :</p> <p>Suivez-vous ou avez-vous suivi une formation au cours des 12 derniers mois ?</p> <p><input type="checkbox"/> oui (préciser quelle formation et son mode de financement) :</p> <p><input type="checkbox"/> non</p> <p><i>Justificatifs à fournir : justificatif attestant une inscription à Pôle-emploi en cours de validité (disponible sur le site de pole-emploi.fr à partir de votre espace personnel)</i></p>

SALARIE EN EMPLOI PRECAIRE

Je suis actuellement en :

- Contrat à Durée Déterminée (CDD droit public ou droit privé) ;
- Contrat de travail aidé (CUI-PEC, contrat d'avenir, etc ...) ;
- Contrat à Durée Indéterminée (CDI) d'une durée inférieure ou égale à 24h hebdomadaires ou 104h mensuelles ;
- Contrat de Sécurisation Professionnelle (CSP).

Justificatifs à fournir : contrat de travail en cours ou CSP

Je suis :

- inscrit dans le cadre du « Dispositif Démissionnaire » de Transition Pro ;
- en service civique ;
- dans une autre situation (précisez, exemple congé parental ou de maternité) :

Suivez-vous ou avez-vous suivi une formation au cours des 12 derniers mois ?

- oui (préciser quelle formation et son mode de financement) :
- non

Justificatifs à fournir : tout document attestant de la situation déclarée.

- Les personnes en position de congé maternité ou de congé parental doivent également fournir un justificatif permettant d'apprécier leur statut la veille du début dudit congé ;
- Les salariés concernés par le « dispositif démissionnaire » doivent fournir un justificatif de dépôt de dossier sur la plateforme de Transition Pro.

AUTRE SITUATION (NON ELIGIBLE AU FINANCEMENT REGIONAL)

Je suis :

- salarié (hors contrats d'insertion, hors CDI inférieur ou égal à 24h/semaine et hors CDD) ;
- agent stagiaire ou titulaire de la fonction publique ;
- retraité ou j'ai dépassé l'âge légal du départ à la retraite

Type d'employeur :

- Fonction Publique Hospitalière Fonction Publique de l'Etat Fonction Publique Territoriale
- Employeur privé/associatif

Financement de la formation par (précisez, y compris si en attente de réponse) :

Justificatifs à fournir : attestation de prise en charge (employeur, ou organisme financeur) ou dans l'attente d'une réponse une attestation de dépôt d'un dossier de demande de prise en charge.

LES PIÈCES JUSTIFICATIVES DOIVENT IMPÉRATIVEMENT ÊTRE JOINTES À CE DOCUMENT ET RETOURNÉES À L'INSTITUT DANS LES MEILLEURS DELAIS. TOUTE DÉCLARATION DE SITUATION INCOMPLETE ENTRAÎNERA LA NON PRISE EN CHARGE DE VOTRE FORMATION PAR LA RÉGION.

Je soussigné(e), M./ Mme déclare avoir pris connaissance des règles de financement des parcours de formations sanitaires et sociales* et atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document.

Date et signature du candidat :

Date et signature des parents ou tuteurs
pour les candidats mineurs :

*Retrouvez le règlement sur le site parcours-metier.normandie.fr/formation/aides/financement-du-parcours-de-formation_FSS

1C – Autorisation de transmission des données

Je soussigné(e) Madame - Monsieur. :

Certifie avoir été informé(e) que :

- Les informations (personnelles, administratives et relatives à ma scolarité) recueillies par l'institut font l'objet d'un traitement informatique par l'institut ayant pour objectif de gérer mon inscription, ma formation ainsi que mon dossier.
- Certaines de ces données sont transmises à la Région Normandie afin d'organiser la consolidation des données qualitatives, quantitatives et financières relatives à la formation professionnelle et à des fins d'analyse et de gestion de mon compte personnel de formation (CPF).
- Ces données sont conservées pendant 120 mois après la fin de ma formation par l'IFS.
- Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, je bénéficie d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux informations qui me concernent et que je peux exercer auprès de la Région Normandie.

Autorise l'institut à transmettre les données me concernant.

N'autorise pas l'institut à transmettre les données me concernant

Fait à, le / /2025
Lu et approuvé

SIGNATURE

1D – Engagement de souscription assurance responsabilité civile

Je m'engage à souscrire une assurance couvrant ma Responsabilité Civile pendant toute la durée de la formation. Les candidats doivent être garantis pour l'ensemble des risques suivants : accidents corporels causés aux tiers, accidents matériels causés aux tiers, dommages immatériels.

Fait à, le / /2025
Lu et approuvé

SIGNATURE

1E – Décharge de responsabilité et reconnaissance de risques dans le cadre des stages des étudiants mineurs

*Document à remplir uniquement
par les parents d'étudiants qui seront encore mineurs au 06/10/2025*

NOM	
Prénom	
Date de naissance	
Nationalité	
Dates des stages	Du 06/10/2025 au 19/10/2025

Je soussigné(e) (nom, prénom) :,
Agissant en qualité de père, mère, tuteur légal³ de l'étudiant(e) nommé ci-dessus, reconnaissons l'existence des risques liés au stage de formation de notre enfant. Nous reconnaissons aussi que l'IFMEM dégage toute responsabilité en cas d'accident, blessure, ou autre incident pouvant survenir :

- lors des trajets aller-retour pour se rendre au stage auquel il(elle) participera,
- avant, pendant et après le stage auquel il(elle) participera.

De ce fait j'autorise mon enfant, pour les dates indiquées ci-dessus, à prendre part à la pratique soignante et réaliser des activités de soins au sein des équipes professionnelles de l'établissement.

Moi, parent ou tuteur légal :

1. Déclare organiser et prendre en charge le trajet de mon enfant jusqu'à l'établissement dans lequel s'effectue le stage, et que notre enfant sera sous notre responsabilité jusqu'à son accueil dans l'établissement.
2. Déclare avoir pris toutes les assurances nécessaires pour couvrir notre enfant pendant la durée du stage, en ce qui concerne la responsabilité civile, les transports, les vols, les accidents, le rapatriement sanitaire.
3. Autorise le personnel de l'établissement à prendre les mesures nécessaires pour l'état de santé de notre enfant (hospitalisation et/ou intervention chirurgicale, anesthésiste, sortie d'hôpital).
4. Me porte garant financier en cas de dégradation volontaire occasionnée par notre enfant durant son stage au sein de l'établissement.
5. Me porte garant juridique et financier des agissements de mon enfant.
6. Accepte que mon enfant soit soumis à l'application du règlement intérieur de l'institut de formation et de l'établissement qui l'accueille durant le stage et accepte à ce titre que soient appliquées les sanctions prévues au règlement intérieur en cas de non-respect de ce dernier.

Fait à, le / /2025

Signatures précédées de la mention « lu et approuvé ».

Père, Mère, tuteur² légal de l'étudiant(e) nommé ci-dessus.

² Rayer les mentions inutiles

1F – Autorisation parentale autorisant la vaccination par le Service de Santé Etudiant des étudiants mineurs

*Document à remplir uniquement
par les parents d'étudiants qui seront encore mineurs au 01/09/2025*

Je soussigné(e), Madame – Monsieur : _____ père/mère de
_____ né(e) le _____, étudiant(e) en IFMEM au CHU de
Caen, autorise le centre de vaccination du service de santé étudiant (SSE) de l'université de Caen à
effectuer le rattrapage vaccinal nécessaire pour la mise à jour des vaccinations de ma fille/ mon fils,
pour la poursuite de ses études, selon 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.

Fait à _____, le _____

Signature

ANNEXE 2 : CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE

Je soussigné Docteur _____, **médecin agréé**,
certifie avoir examiné M., Mme. _____ né(e) le
____/____/____

Et atteste que la personne mentionnée ci-dessus possède :

- L'aptitude physique
- L'aptitude psychologique
- Une numération globulaire et une formule sanguine normales

Lui permettant :

- D'intégrer un institut de formation de manipulateurs d'électroradiologie médicale
- De suivre les stages inhérents à la formation de manipulateur.

A _____, le ____/____/____

Signature et cachet du Médecin Agréé

POLE DES FORMATIONS PARAMEDICALES

Institut de Formation des Manipulateurs en Electroradiologie Médicale

Secrétariat : 02.31.56.83.28

ANNEXE 3 : CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE SPECIFIQUE A L'UTILISATION D'APPAREILS D'IMAGERIE PAR RESONANCE MAGNETIQUE

Je soussigné Docteur _____, **médecin agréé**, certifie avoir examiné M., Mme. _____ né(e) le ____/____/____

Et atteste que la personne mentionnée ci-dessus ne présente pas de **contre-indications absolues à l'utilisation d'appareils d'IRM** (merci de cocher pour chacune la case correspondant) :

	Oui	Non
Pace-maker		
Stimulateur médullaire		
Eclat métallique intra-oculaire		
Prothèse auditive interne		
Pompe à insuline ou morphine		

Et atteste que la personne mentionnée ci-dessus ne présente pas de **contre-indications relatives à l'utilisation d'appareils d'IRM** (merci de cocher pour chacune la case correspondant) :

	Oui	Non
Valve cardiaque ou intracrânienne		
Clips chirurgicaux posés avant 1995		
Valve péritonéale		
Clips vasculaires		
Chambre implantable		
Implant oculaire		
Prothèse articulaire ou matériel d'ostéosynthèse		
Suture métallique ou agrafe, stent, filtre cave		
Eclat (métal, balle...)		
Autre matériel ferro-magnétique		

Lui permettant :

- D'intégrer un institut de formation de manipulateurs d'électroradiologie médicale
- De suivre les stages d'IRM inhérents à la formation de manipulateur.

A _____, le ____/____/____

Signature et cachet du Médecin Agréé

Ce certificat médical est exigible au plus tard le premier jour de la rentrée afin de procéder à l'admission définitive à l'IFMEM.

RAPPEL : En cas d'inaptitude, il appartient au médecin de l'agence régionale de santé désigné par le directeur général, d'apprécier la suite à donner à l'admission des candidats.

ANNEXE 4 : CERTIFICAT DE VACCINATIONS

Obligations vaccinales des étudiants en filière de santé.

Nom : Prénom :

Date de naissance : N° SS :

Filière d'études : IFMEM CHU Caen

N° étudiant :

Mail :

N° de téléphone personnel :

J'autorise la transmission de mon statut vaccinal (à jour/en cours) à la scolarité de l'IFMEM : OUI NON

Visite de contrôle des vaccinations :

Un temps sera organisé début septembre au sein de votre URF afin de vérifier vos vaccinations et vous remettre le certificat nécessaire.

Si vous n'êtes pas à jour, des prescriptions pourront vous être remises (vaccin ou sérologie = prélèvement sanguin pour l'hépatite B) et, si besoin, des injections de vaccin vous seront également proposées sur place.

Merci de venir muni de ce document renseigné, de votre carnet de vaccination et des preuves des documents demandés (sérologie hépatite B ou varicelle...) et de votre carte vitale

Et si vous avez moins de 18 ans, une autorisation parentale autorisant la vaccination par le SSE (cf. annexe 1F page 12).

**Certificat de conformité aux obligations vaccinales des étudiants en filières de santé.
(document à préremplir par l'étudiant avant la visite de contrôle)**

OBLIGATOIRE / Recommandée

NOM : **Prénom :** **Date Nce :**/...../.....

Vaccinations	Dates	Prescription (réservé SSE)	Validation (réservé SSE)
HEPATITE B	1 ^{ère} injection : _____ 2 ^{ème} injection : _____ 3 ^{ème} injection : _____ Injection(s) complémentaire(s) éventuelle(s) : _____ ET Sérologie de contrôle réalisée le : _____ • Ac anti HBs = _____ • Ac anti HBc = _____ (obligatoire si Ac anti-HBs < 100)		
DIPHTERIE-TETANOS- POLIOMYELITE +/- Coqueluche Le dernier vaccin contenant la valence coqueluche doit dater de moins de 5 ans (recommandations)	Date des dernières injections et nom des vaccins : - _____ - _____ - _____ - _____ Et date de la dernière injection avec valence anticoquelucheuse : _____		
Le BCG est non obligatoire depuis 2019. Tubertest de moins de 3 mois est recommandé à l'entrée dans le cursus, réalisable au SSE Ou un Quantiféron (non remboursé, tarif variable), sur ordonnance	BCG : _____ Dernier tubertest (doit dater de moins de 3 mois) : • Réalisé le : _____ • Résultat (en mm) : _____		
Rougeole – Oreillons – Rubéole	1 ^{ère} injection : _____ 2 ^{ème} injection : _____		
Méningite C ou ACWY (1dose)	Nom et date du vaccin : _____		
Méningite B (2 doses)	Nom et dates du vaccin : _____		
Varicelle (Maladie ou vaccination)	Année : _____		

Recommandations vaccinales étudiants filières de santé.

Les vaccinations suivantes sont OBLIGATOIRES :

- **Hépatite B**
L'arrêté du 2 août 2013 impose la vérification de l'immunisation et de l'absence d'infection par le VHB pour tous les étudiants et personnels de santé relevant de la vaccination obligatoire contre le VHB.
En cas d'absence de vaccination antérieure, le schéma vaccinal recommandé chez l'adulte comporte 3 doses (schéma complet : M0, M1, M6) ou schéma accéléré en 4 doses : J0 J7 J21 et Rappel à 1 an.
Les anticorps anti-HBs, seront idéalement mesurés quatre à huit semaines après la 3e dose de primo-vaccination. En cas de non-réponse à la primo vaccination (anticorps anti HBs < 10 UI/L), l'administration d'une à trois doses additionnelles de vaccin est indiquée.
- **Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite**
La primo vaccination a été réalisée dans l'enfance (2 ou 3 doses, puis rappel à 18 mois, puis rappel à 6 ans puis vers 11-13 ans).
Puis des rappels vaccinaux à l'âge adulte sont ensuite prévus à 25 ans et à 45 ans, à 65 ans puis tous les 10 ans.
Un rappel sera proposé avec la valence coquelucheuse pour les professionnels de santé n'ayant pas reçu de rappel depuis l'âge de 18 ans et/ou dont le dernier rappel date de plus de 5 ans, selon les terrains de stages souhaités, cf recommandations.

Les vaccinations suivantes vous sont RECOMMANDÉES :

En tant que professionnel de santé :

- **Coqueluche**
Un rappel anticoquelucheux est recommandé pour les professionnels de santé n'ayant pas reçu de rappel depuis l'âge de 18 ans et/ou dont le dernier rappel date de plus de 5 ans.
Le but de la vaccination des professionnels est de protéger les personnes non immunisées contre la survenue d'une coqueluche grave au contact des professionnels infectés.
- **BCG** : la vaccination n'est plus obligatoire depuis 2019 ;
Cependant, le HCSP recommande la réalisation d'un **Tubertest de moins de 3 mois** lors de l'entrée dans la structure (Réalisable au SSE)
Selon vos risques de contacts avec la tuberculose, il pourra vous être proposé de réaliser un **Quantiféron**. En lien avec le CLAT (Centre de Lutte Antituberculose) (Non réalisable au SSE)
- **Grippe**
La vaccination antigrippale est recommandée pour tous les professionnels de santé. Elle est à réaliser à partir du mois de novembre. Il faut compter environ 15 jours entre le moment de la vaccination et le moment où l'on est protégé contre la grippe saisonnière.
- **Covid-19** depuis le 14/05/2023, la vaccination n'est plus obligatoire, mais recommandée

Au même titre que la population générale :

- **Rougeole Oreillons Rubéole**
Il est recommandé de mettre à jour le statut vaccinal avec deux doses de vaccin trivalent (rougeole-oreillons-rubéole) pour toute personne née après 1980, en respectant un délai de deux mois entre les deux doses, quels que soient les antécédents vis-à-vis des trois maladies.
- **Varicelle**
Si vous n'avez pas contracté la varicelle antérieurement, la vaccination vous est recommandée (2 doses), une vérification par sérologie peut vous être proposée.
- **Méningocoques ACWY**
La vaccination est recommandée avec une dose unique de vaccin méningococcique ACWY pour toutes les personnes âgées de 15 à 24 ans révolus, n'ayant pas reçu cette vaccination quadrivalente antérieurement.
- **Méningocoque B**
La vaccination peut vous être prescrite par un médecin (2 doses) en rattrapage pour les 15-24 ans.
- **Infections à Papillomavirus Humain (HPV)**
Dans le cadre du rattrapage vaccinal, la vaccination est recommandée pour les jeunes femmes et les jeunes hommes entre 15 et 19 ans révolus selon un schéma à 3 doses. NB : Les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) peuvent bénéficier d'un rattrapage vaccinal jusqu'à 26 ans révolus.

D'autres vaccinations peuvent être recommandées en fonction de votre situation.

Pour plus d'informations sur les vaccins et les recommandations vaccinales : <https://vaccination-info-service.fr/>

ou mesvaccins.net

Où et comment réaliser ces vaccins ?

Vous pouvez réaliser ces vaccins gratuitement sans rdv au SSE (campus 1) si vous avez déjà une prescription médicale ou sur rendez-vous au SSE si vous n'avez pas d'ordonnance : rendez-vous à prendre en ligne sur le site de l'université/vie de campus/santé/offre de santé du SSE/vaccination

Le jour du rendez-vous :

- Il faudra apporter votre numéro de sécurité sociale (carte vitale) et votre carnet de santé/vaccination
- Si vous êtes mineur, il faudra présenter une attestation parentale d'autorisation de vaccination.

Dans le cas où plusieurs vaccins devraient être administrés, ceux-ci pourront dans certains cas être administrés le même jour, ou de manière différée.

Vous pouvez aussi réaliser ces vaccinations chez un médecin généraliste en ville, auprès d'une infirmière ou d'un pharmacien formé à la vaccination.