

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE ÉMANANT D'UN MÉDECIN AGRÉÉ

Je soussigné(e), Docteur _____

médecin agréé par l'agence régionale de santé, certifie que :

Mme, M. _____

né(e) le _____ à _____

**étudiant(e) en 1^{ère} année de DTS IMRT au lycée Pierre Gilles de Gennes – ENCPB, à la
rentrée de septembre 2020 :**

- ❖ 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
- ❖ présente une numération globulaire et une formule sanguine normales.
- ❖ présente un cliché thoracique normal.
- ❖ est à jour de l'ensemble des vaccinations obligatoires pour les professionnels de santé.
- ❖ ne présente aucune contre indication à l'utilisation d'appareils d'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) et aux radiations ionisantes.

Pour valoir ce que de droit.

Date : _____ **Signature et cachet du Médecin agréé**