

**DTS Imagerie Médicale et Radiologie Thérapeutique**

Formation du 1<sup>er</sup> septembre 2026 au 6 juillet 2029

Merci de remplir cette fiche **entièrement** et **le plus lisiblement possible** (écrire en lettres capitales)

1<sup>ère</sup> année

☐

2<sup>ème</sup> année

☐

3<sup>ème</sup> année

☐

**COORDONNEES DE L'ETUDIANT**

Sexe : F ☐ M ☐

NOM : ..... Prénom : .....

Né(e) le : .... / .... / ..... Nationalité : .....

Commune de naissance : ..... Département de naissance : .....

Téléphone de l'étudiant :  .....

MAIL (en lettres CAPITALES) : .....@.....

Adresse postale de l'étudiant : N° APPT : .....

Rue : .....

CP/ VILLE : .....

Titulaire du permis : Non ☐ Oui ☐ Possession d'un véhicule : Non ☐ Oui ☐

BOURSIER Non ☐ Oui ☐ Si oui, joindre obligatoirement la notification de bourses pour validation.  
Attention, la bourse sera suspendue en cas d'absences non justifiées.

Aménagement scolaire en 25-26 (PAP, PPS, PAI, autres.... : .....

**Constitution du dossier scolaire :**

L'inscription au lycée Blaise Pascal vaut acceptation du règlement intérieur, disponible sur le site du lycée.

- ☐ 1) (obligatoire) La fiche **d'Inscription** en RECTO VERSO (complétée, datée et signée)
- ☐ 2) (obligatoire) La fiche **Services Financiers** + un **RIB au nom du responsable légal financier** (nom de l'étudiant indiqué au verso)
- ☐ 3) (obligatoire) La fiche **Urgence**
- ☐ 4) (facultatif) La fiche **Droit à l'image** (seulement si vous êtes contre)
- ☐ 5) (obligatoire sauf \*) Copie recto verso d'une **pièce d'identité** de l'étudiant (CNI, Passeport, carte de séjour...)
- ☐ 6) (obligatoire sauf \*) Copie du **certificat de participation à la Journée Défense et Citoyenneté (JDC)**
- ☐ 7) (facultatif \*) Adhésion à la Maison des lycéens et adhésion à l'association sportive
- ☐ 8) (obligatoire) pour les futurs demi-pensionnaires en 1<sup>ère</sup> année, prévoir 50€ pour approvisionner la carte de self dès la rentrée (par chèque de préférence, mais espèces et CB acceptés sur place)
- ☐ 9) (obligatoire) Relevé de notes du bac ou copie du diplôme du bac
- ☐ 10) (obligatoire) Attestation de paiement de la CVEC (cvec.etudiant.gouv.fr) OU Notification conditionnelle de bourse du CROUS

\* sauf si document déjà  
fourni en 1<sup>ère</sup> année

**RETOUR du dossier d'inscription  
au BUREAU 5 SECRETARIAT SCOLARITE**  
Aucune inscription ne sera prise en compte si ce dossier n'est pas complet.

27 bd Blaise Pascal - BP 569 - 36019 CHATEAUROUX CEDEX



02 54 53 55 00



ce.0360043b@ac-orleans-tours.fr



<https://www.lyceeblaisepascal.com>

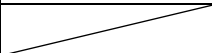
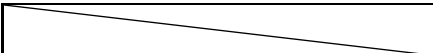
**REGIME** : (ne cochez qu'une seule case)

- **INTERNAT 5J** (lundi soir au vendredi matin) ☐ - **EXTERNE** ☐
- **INTERNAT 6J** (dimanche soir au vendredi matin) ☐ - **DEMI-PENSIONNAIRE au ticket** ☐

Attention, la demande d'internat pour le dimanche soir est soumise à acceptation du proviseur. Réponse mi-juillet

| Année scolaire | Intitulé de la formation | Etablissement fréquenté |
|----------------|--------------------------|-------------------------|
|                |                          | Nom et ville            |
| 2025/2026      |                          |                         |
| 2024/2025      |                          |                         |
| 2023/2024      |                          |                         |

**COORDONNEES DES RESPONSABLES**

|                                                                                          | Responsable légal 1 <sup>(1)</sup>                                                                                                                                                               | Responsable légal 2                                                                                                                                                                              | Responsable financier <sup>(2)</sup>                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Lien</b>                                                                              | <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur<br><input type="checkbox"/> Autre membre de la famille<br><input type="checkbox"/> Etudiant lui même | <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur<br><input type="checkbox"/> Autre membre de la famille<br><input type="checkbox"/> Etudiant lui même | <input type="checkbox"/> Responsable légal 1<br><input type="checkbox"/> Responsable légal 2<br><input type="checkbox"/> Si autre (préciser ci-dessous) |
| <b>NOM et Prénom</b>                                                                     |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                         |
| <b>Date <u>et</u> lieu de naissance</b>                                                  |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                         |
| <b>Adresse postale complète</b>                                                          |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                         |
| <b>Tél fixe et mobile</b>                                                                |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                         |
| <b>Mail <sup>(3)</sup> (le noter en LETTRES CAPITALES)</b>                               |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                         |
| Autorisez-vous la communication de vos coordonnées aux associations de parents d'élèves? |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                         |
|        | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>                                                                                                                                        | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>                                                                                                                                        |                                                                    |

(1) Un étudiant majeur peut être responsable de lui-même. (2) Cocher légal 1, légal 2 ou autre mais nous ne pouvons enregistrer qu'un seul responsable financier. (3) Les envois par mail se généralisent (courriers, bulletins, absences...) d'où l'importance qu'ils soient parfaitement lisibles. Les majuscules n'ont pas d'incidences dans les mails!

Date: .... / .... / ....

Signatures :

|                     |
|---------------------|
| Responsable légal 1 |
|---------------------|

|                     |
|---------------------|
| Responsable légal 2 |
|---------------------|

|          |
|----------|
| Etudiant |
|----------|

**Candidat hors Parcoursup :**

Avez-vous fait une demande de financement ?    Oui    ☐ Non    ☐

Si oui, lequel (plan de développement des compétences, CPF transition, contrat pro...) :

.....

Niveau d'études :

Dernier diplôme obtenu : ..... Année d'obtention : .....

Lycée d'origine - CP - Ville : .....

Si emploi, nom de l'employeur : .....

Fonction : .....

Tel employeur : .....

**Pièces administratives complémentaires : (liste des documents à fournir) au plus tard le 18 août.**

**Les documents médicaux sont à fournir en 1<sup>ère</sup> année. Ils restent valables pour les 3 années de formation.**

**1. PIECES MEDICALES (Arrêté du 23 septembre 2020, Chapitre II)**

*A mettre dans une enveloppe individuelle avec l'inscription « données de santé », pensez à anticiper les délais de RDV*

☐ Certificat émanant d'un **médecin agréé** (la liste des médecins de votre région est disponible sur internet sur le site ARS) cf Annexe 1

☐ Certificat médical de vaccinations possible par le **médecin traitant** cf Annexe 2

Toute absence de pièces médicales ne permettra pas la réalisation des stages programmés aux dates prévues. Le rattrapage des stages est ensuite prévu durant les périodes de congés.

**2. AUTRES PIÈCES ADMINISTRATIVES :**

☐ Attestation responsabilité civile d'assurance pour l'année universitaire 2026/2027, **comportant la mention stage en milieu hospitalier**

☐ 1 photo d'identité avec le nom et le prénom au dos

**3. INFORMATIONS DIVERSES :**

☐ Prévoir une paire de chaussures adaptée pour les périodes de stages qui sera exclusivement utilisée à cet effet, type sabots hospitaliers ou chaussures lavables, blanches et silencieuses à la marche.

☐ Se procurer le livre suivant « Positions et incidences en radiologie conventionnelle » de LAMPIGNANO et KENDRICK : ISBN 978-2294788666 ou ASIN B0816W5DRQ (tarif aux alentours de 40€).

27 bd Blaise Pascal - BP 569 - 36019 CHATEAUROUX CEDEX



02 54 53 55 00



ce.0360043b@ac-orleans-tours.fr



<https://www.lyceeblaisepascal.com>



**RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

Lycée Blaise Pascal  
Châteauroux

**DTS IMRT CHATEAUROUX**

# ANNEXE 1

**Certificat émanant d'un médecin agréé.**

- ⇒ Attestant que le candidat n'est atteint d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession de manipulateur en électroradiologie médicale.
- ⇒ Mentionnant la numérotation globulaire et formule sanguine
- ⇒ Attestant que l'état oculaire du candidat est compatible avec l'exercice de la profession.
- ⇒ Attestant de l'absence de contre-indication à l'utilisation d'appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM).

**CETTE ATTESTATION EST A REMPLIR PAR VOTRE MEDECIN AGREE**

**Et à envoyer au secrétariat du lycée au plus tard le 20 août 2026.**

La liste des médecins de votre région est disponible sur le site internet de l'ARS de votre région (<https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/trouver-un-medecin-agree-0>) . Anticipez les délais de RDV.



02 54 53 55 00



ce.0360043b@ac-orleans-tours.fr



<https://www.lyceeblaisepascal.com>

27 bd Blaise Pascal - BP 569 - 36019 CHATEAUROUX CEDEX



RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE

Liberté  
Égalité  
Fraternité

Lycée Blaise Pascal  
Châteauroux

DTS IMRT CHATEAUROUX

# ANNEXE 2

NOM de l'étudiant :

Prénom de l'étudiant :

**Certificat médical de vaccination à jour** (en l'absence, report des stages sur les vacances).

- ☐ Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite (dTP) + Coqueluche (dTCaP)
- ☐ Hépatite B ou résultat couverture de l'immunité : faire un bilan sanguin avec dosage. Attention, si vous n'avez jamais été vacciné (e) contre l'hépatite B, le schéma vaccinal s'effectue sur 7 mois. Il doit donc être commencé au plus tôt.
- ☐ BCG (Tuberculose) : suspension de l'obligation vaccinale du BCG mais maintien du test tuberculinique. Fournir le résultat du test positif lors de la rentrée (test IDR à 10 unités). Dans le cas contraire, certifier que 2 tentatives infructueuses de vaccin BCG ont été faites.
- ☐ Vaccinations recommandées en l'absence d'antécédent connu de ces maladies : contre la Rougeole, la Rubéole et les Oreillons, contre la Varicelle.

**CETTE ATTESTATION EST A REMPLIR PAR VOTRE MEDECIN AGREE**

**Et à envoyer au secrétariat du lycée au plus tard le 20 août 2026.**

Compléter impérativement les dates en précisant JJ/MM/AA

## DIPHTERIE - TETANOS - POLIO - COQUELUCHE

|                                                    |                                              |            |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------|
| 1 <sup>ère</sup> injection le : .... / .... / .... | 1 <sup>er</sup> rappel : .... / .... / ....  | Age : .... |
| 2 <sup>ème</sup> injection le : .... / .... / .... | 2 <sup>ème</sup> rappel : .... / .... / .... | Age : .... |
| 3 <sup>ème</sup> injection le : .... / .... / .... | 3 <sup>ème</sup> rappel : .... / .... / .... | Age : .... |
|                                                    | 4 <sup>ème</sup> rappel : .... / .... / .... | Age : .... |
|                                                    | 5 <sup>ème</sup> rappel : .... / .... / .... | Age : .... |

## HEPATITE

La vérification de l'immunisation et de l'absence d'infection par le VHB est obligatoire pour tous les étudiants et personnels de santé relevant de la vaccination obligatoire contre le VHB.

Taux d'anticorps : .....

Immunisation Oui

☐

Non

☐

|                                                                  |               |                                                   |
|------------------------------------------------------------------|---------------|---------------------------------------------------|
| Taux d'anticorps anti Hbs                                        | >100 UI/L     | immunisé                                          |
|                                                                  | 10 - 100 UI/L | réaliser Ag HBs<br>(si Ag HBs négatif : immunisé) |
|                                                                  | <10           | non protégé :<br>Reprendre le schéma vaccinal     |
| En cas de doute : <u>CONSULTER LE MEDECIN AGREE REFERENT ARS</u> |               |                                                   |

27 bd Blaise Pascal - BP 569 - 36019 CHATEAUROUX CEDEX



02 54 53 55 00



ce.0360043b@ac-orleans-tours.fr



<https://www.lyceeblaisepascal.com>