



Constitution du Dossier Administratif  
Formation des Manipulateurs  
D'Électroradiologie Médicale  
Promotion 2024-2027

**Institut de Formation des Professionnels de Santé**

Groupement d'intérêt public

18 Hent Glaz – CS 16003

29107 QUIMPER CEDEX

Tél : 02.98.98.66.82

Courriel : [contact@ifps-quimper.fr](mailto:contact@ifps-quimper.fr)

Site internet : [www.ifps-quimper.fr](http://www.ifps-quimper.fr)

## Documents à joindre

Les documents administratifs doivent être au nom de l'étudiant, ceux établis au nom des parents ou du conjoint seront refusés.

<input type="checkbox"/>	<b>Un virement de 175 € pour les droits d'inscription</b> (Les candidats relevant de la FPC ne sont pas concernés car déjà réglé).
<input type="checkbox"/>	<b>L'attestation d'acquittement CVEC (Contribution Vie Etudiante et Campus).</b>
<input type="checkbox"/>	<b>1 dossier d'inscription administratif</b> à compléter
<input type="checkbox"/>	<b>1 photo d'identité</b> , taille photomaton (y inscrire nom et prénom au dos)
<input type="checkbox"/>	<b>2 RIB au format A4 au nom de l'étudiant(e) impérativement</b>
<input type="checkbox"/>	<b>1 photocopie de votre attestation d'ouverture des droits à la Sécurité Sociale.</b> (Demander à la Caisse : CPAM, MSA...dont vous relevez si nécessaire).
<input type="checkbox"/>	<b>1 formulaire de carte de stationnement</b> à compléter, dater et signer
<input type="checkbox"/>	<b>1 photocopie de la carte grise de votre véhicule</b>
<input type="checkbox"/>	<b>1 autorisation de prélèvement</b> (compléter les deux parties du document) afin d'établir votre carte de self ( <b>même si repas non pris au self</b> ) accompagnée du <b>RIB de la personne qui règle le self</b>
<input type="checkbox"/>	<b>1 ou 2 justificatifs de situation militaire</b> en fonction de l'année de naissance (voir notice) ( <u>Attestations recensement et JAPD</u> )
<input type="checkbox"/>	<b>1 Attestation d'assurance de responsabilité civile</b> avec <u>extension pour risques professionnels médicaux</u>
<input type="checkbox"/>	<b>1 copie de votre carte nationale d'identité Recto-Verso</b> ou de votre titre de séjour
<input type="checkbox"/>	<b>La copie de votre Baccalauréat ou équivalent</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Le relevé de notes du baccalauréat</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Le certificat médical établi par un médecin agréé ARS</b>
<input type="checkbox"/>	<b>L'attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires des personnes mentionnées à l'article L311-4 du code de la santé publique dûment complétée</b>

**MERCI D'IMPRIMER LE DOSSIER EN RECTO UNIQUEMENT.**

# Dossier d'inscription Administrative 2024 / 2027

1 - Avez- vous déjà été inscrit(e) à l'Université de Bretagne Occidentale ?  Oui  Non

Si oui, indiquer votre numéro étudiant :

**Si inscrit en 2022/2023 ne pas remplir les cadres 6, 11, et 12**

Identifiant National Etudiant (INE) :

**A indiquer obligatoirement si inscription antérieure dans l'enseignement supérieur**

**N° BEA si bac obtenu après 1995**

**Important:**  
Ecrire les lettres figurant dans ce N° en minuscule afin d'éviter les confusions entre le i et le l, le s et le 5, le g et le 6. Le zéro doit être barré pour le différencier du O.

2 - Etat civil :

Sexe :  Masculin  Féminin

Nom patronymique : ..... Prénoms : .....

Nom usuel (marital) : .....

Date de naissance : ...../...../..... Département ou pays : ..... N° du département : .....

Ville de naissance : ..... Arrdt : ..... Nationalité : .....

Titulaire reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) :  Oui  Non

Portable : .....

Adresse email : .....

3 - Renseignements complémentaires : \*Joindre un justificatif

• Numéro de sécurité sociale\*

• Permis de conduire oui  Non

• Véhicule\* oui  Non

3 b - Coordonnées des personnes à prévenir en cas de nécessité :

Personne numéro 1 :

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Portable : .....

Adresse e-mail : .....

3 b - Coordonnées des personnes à prévenir en cas de nécessité :

Personne numéro 2 :

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone fixe : ..... Portable : .....

Adresse e-mail : .....

4 - Situation militaire : Joindre un justificatif.

3 - Exempté  4 - Service accompli  6 - Recensé  7 - JAPD effectuée  8 - En attente

**5 - Titre d'accès à l'enseignement supérieur :**

↳ **Baccalauréat** : Année d'obtention : ..... Série : ..... Options : .....

Ou

**Equivalence ou diplôme étranger** : ..... Année : .....

↳ Type d'Etablissement :  **LY** - Lycée  **00** - Université  **15** - Autre

Nom de l'Etablissement : ..... Ville : .....

Département : ..... N° Département : ..... Pays : .....

**6 - Adresse :**

**Adresse fixe** : (ou des parents) .....

Code postal : ..... Commune : ..... Pays : .....

Portable : .....

**Adresse de l'étudiant pour l'année en cours : (si différente)**

Code postal : ..... Commune : ..... Pays : .....

Adresse mail personnelle .....

**7 - Situation à l'entrée en formation et activité professionnelle :**

**- Situation à l'entrée en formation :**

à la recherche d'un emploi  en activité  en poursuite d'étude

**- Statut à l'entrée en formation :**

Activité bénévole  contractuel droit public  élève/étudiant  fonctionnaire  intermittent du spectacle  non connu

**7 bis - Activités professionnelles antérieures : (emplois, même dans un autre domaine, stages ...)**

Fonctions	Employeur	Durée du contrat
-	-	-
-	-	-
-	-	-

**8 - Financement de vos études (autre que bourse de l'enseignement supérieur) :**

**L** - Demandeur d'emploi / Précisez le N° **identifiant Pôle Emploi** : .....

Date d'inscription : ..... Indemnisé :  oui  non

**M** - Bourse régionale  **K** - Salaire  **Y** - CIF

**D** - Bourse collectivités locales  **I** - Ressources des parents  **H** - Prêt bancaire  **X** - Autre

**9 - Diplômes obtenus :** Indiquez l'intitulé du dernier diplôme obtenu :

Etablissement : ..... Département/Pays : ..... Année : ..... / .....

Je soussigné(e) .....

Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus.

A .....

Le .....

Signature

## **PROMOTION 2024-2027**

### **NOTICE D'INFORMATIONS POUR LA RENTREE SCOLAIRE DE LA FORMATION DES MANIPULATEURS D'ELECTRORADIOLOGIE MEDICALE**

**Pré-rentrée le VENDREDI 30 AOUT 2024 à 9h30**

**Rentrée le LUNDI 02 SEPTEMBRE 2024 à 9H30**

Institut de Formation des Professionnels de Santé  
Groupement d'intérêt public  
18 Hent Glaz – CS 16003  
29107 Quimper Cedex  
☎ Tèl : 02.98.98.66.82

✉ Courriel : [contact@ifps-quimper.fr](mailto:contact@ifps-quimper.fr)

@ Site internet : [www.ifps-quimper.fr](http://www.ifps-quimper.fr)

**Pour toute question, merci de contacter le secrétariat**

## INFORMATIONS PRATIQUES

### **ENVOI DES DOSSIERS ET PRE-RENTREE ADMINISTRATIVE**

---

Le dossier d'admission ci-joint est à envoyer renseigné par voie postale ou à déposer à l'accueil de l'IFPS.

La pré-rentrée administrative est prévue **le vendredi 30 août 2024 à 9h30**.

**L'emploi du temps de la semaine vous sera communiqué à la rentrée.**

Le début des cours est prévu **le 02 septembre 2024 à 9h30**.

Vous pouvez contacter le secrétariat au 02-98-98-66-82, si vous rencontrez des difficultés dans le remplissage du dossier ou pour toute question sur les pièces demandées (*le secrétariat est ouvert jusqu'au 2 août 2024 de 08H30 à 12H00 et de 13H00 à 16H30, réouverture le 12 août 2024*).

### **DROITS D'INSCRIPTION**

---

Ils s'élèvent à **175 €** (*Tarifs pour l'année 2024-2025*).

Vous devez payer **par virement bancaire** avec la désignation suivante : « Nom / Prénom – inscription IFMEM. » (cf : RIB de l'établissement ci-joint), **avant le 2 septembre 2024**.



TRESOR PUBLIC

RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

PARTIE RÉSERVÉE AU DESTINATAIRE DU RELEVÉ

Le relevé ci-contre est destiné à être remis à vos créanciers ou débiteurs, français ou étrangers, appelés à faire inscrire des opérations à votre compte (virements, paiement des quittances etc...)

Identifiant national de compte bancaire - RIB							
Code banque	Code guichet	N° de compte	Clé RIB	Domiciliation			
10071	29000	00001003884	10	TPBREST			
Identifiant international de compte bancaire - IBAN							
IBAN (International Bank Account Number)							
						BIC (Bank Identifier Code)	
FR76	1007	1290	0000	0010	0388	410	TRPUFRP1

TITULAIRE DU COMPTE :

**GIP IFPS QUIMPER CORNOUAILLE**

## **CONTRIBUTION VIE ETUDIANTE ET DE CAMPUS**

---

Depuis le 1er juillet 2018, la CVEC est due chaque année par tous les étudiants inscrits en formation initiale dans un établissement d'enseignement supérieur, à l'exception de ceux concernés par les cas d'exonération prévus par la loi. Elle est un préalable à l'inscription. Elle est annuelle, elle doit être acquittée chaque année universitaire. Son montant est fixé, par la loi, à **103€** pour 2024-2025.

Le CROUS a la responsabilité de vous fournir une attestation d'acquiescement.

Afin de pouvoir vous inscrire à l'IFPS, **vous devez impérativement nous fournir cette attestation de paiement.**

Avant votre inscription administrative, les démarches sont à effectuer via le site <http://cvec.etudiant.gouv.fr/>

Les étudiants en formation initiale ou reprise d'études non financées sont assujettis et doivent obligatoirement présenter une attestation d'acquiescement.

Les étudiants boursiers de la région Bretagne, pourront obtenir le remboursement de leur CVEC dans un second temps. Ils devront transmettre leur notification d'attribution via le site <http://cvec.etudiant.gouv.fr/> également.

Sont exonérés mais doivent obtenir via le site une attestation d'exonération et un code CVEC :

- Les boursiers sur critères sociaux
- Les réfugiés
- Les bénéficiaires de la protection subsidiaire
- Les demandeurs d'asile bénéficiant du droit à se maintenir sur le territoire

Les personnes financées par leurs employeurs sont non assujetties mais doivent fournir une attestation d'exonération.

**Il est important de conserver votre code CVEC**, il vous sera demandé lors de votre inscription à l'UBO à la rentrée.

## **ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE**

---

Elle doit être conforme aux éléments de la circulaire DGOS/RH1/2010/243 du 5 juillet 2010 relative aux modalités de mise en œuvre de la réforme LMD au sein des instituts de formation des manipulateurs d'électroradiologie médicale.

Les étudiants manipulateurs d'électroradiologie médicale doivent souscrire une assurance couvrant l'ensemble des risques liés à leur **responsabilité civile** lors de l'ensemble de leurs stages paramédicaux (assurance spécifique couvrant les risques professionnels dans le cadre des études dans le secteur médical), effectués dans le cadre de leur formation ainsi que les trajets occasionnés par ceux-ci. L'attestation doit rendre compte d'une couverture des risques sur **l'ensemble de l'année scolaire soit du 02/09/2024 au 02/09/2025 et devra être renouvelée chaque année.**

La garantie doit couvrir :

- Accidents corporels causés aux tiers,
- Dommages immatériels,
- Accidents matériels causés aux tiers.

### **AUCUN DEPART EN STAGE NE PEUT S'EFFECTUER SANS LA REMISE DE CETTE ATTESTATION CONFORME AVANT LE 1<sup>er</sup> JOUR DE STAGE**

Une souscription gratuite est possible en contactant les organismes : MNH, MASCF... (CF : Brochures jointes)

Un forum des assurances aura lieu début septembre à l'IFPS vous pourrez rencontrer des assureurs et souscrire à un contrat à ce moment-là.

## ***BOURSES REGIONALES***

---

Le Conseil régional de Bretagne gère et verse les bourses régionales aux étudiants manipulateurs d'électroradiologie médicale.

Si vous souhaitez faire une demande, le dossier de bourse est à remplir directement et exclusivement en ligne. Vous trouverez les modalités d'inscription sur le site internet de l'IFPS ([www.ifps-quimper.fr](http://www.ifps-quimper.fr)), ainsi que le code établissement de l'IFMEM de Quimper et la date de clôture des demandes.

Les inscriptions débuteront le 1<sup>er</sup> juillet 2024.

## ***INSCRIPTION A L'UNIVERSITE DE BRETAGNE OCCIDENTALE***

---

En parallèle de votre inscription à l'IFPS, vous aurez à vous inscrire à l'UBO. Les démarches à réaliser vous seront détaillées à la rentrée.

L'I.F.P.S Quimper-Cornouaille est rattaché à l'Université de Bretagne Occidentale (UBO).

## ***LOGEMENT CROUS***

---

Pour toute demande concernant les logements CROUS, merci de nous contacter à l'adresse suivante : [contact@ifps-quimper.fr](mailto:contact@ifps-quimper.fr)

## ***ATTESTATION D'INSCRIPTION ET CERTIFICAT DE SCOLARITE***

---

Un certificat de scolarité est remis à chaque rentrée après le paiement du droit d'inscription.

Pour vos démarches administratives, une attestation provisoire d'inscription peut vous être délivrée sur demande.

## ***DISPENSES D'ENSEIGNEMENT***

---

**Conformément à l'article 16 de l'arrêté du 17 janvier 2020 modifié relatif à l'admission dans les instituts préparant au diplôme d'Etat de manipulateur d'électroradiologie médicale**, les personnes admises en formation peuvent faire l'objet de dispenses d'unités d'enseignements ou de semestres par le directeur d'établissement, après décision de la section compétente pour le traitement pédagogique des situations individuelles des étudiants, au regard de leur formation antérieure validée, des certifications, titres et diplômes et de leur parcours professionnel. **Vous devez transmettre une demande de dispense au plus tard le 16 septembre 2024 à 12h00**, sur la base des documents suivants :

- Le (s) diplôme (s) originaux détenu (s)
- Le cas échéant, une attestation de validation d'ECTS de moins de 3 ans ;
- Le cas échéant, le (s) certificat (s) du ou des employeurs attestant de l'exercice professionnel dans une des professions identifiées pour le(s) diplôme (s) transmis
- Un curriculum vitae
- Une lettre de motivation
- Une attestation de niveau de langue B2 française pour les candidats étrangers

Une information vous sera donnée à la rentrée scolaire.



Pour toute question à ce sujet, vous pouvez prendre rendez-vous avec **Madame HUDEBINE Bettina**, la coordinatrice pédagogique de l'Institut de Formation des Professionnels de Santé au : 02-98-98-66-82.

## **RESTAURATION**

---

Les étudiants de l'IFPS ont la possibilité de déjeuner au self de l'EPSM du Finistère SUD qui est ouvert de 11h30 à 13h30 (5 minutes à pied). Pour y accéder, une carte est indispensable, elle vous sera fournie à la rentrée.

Pour cela, merci de compléter la demande de prélèvement de l'EPSM et de joindre le RIB de la personne à débiter pour les repas, merci de compléter cette demande même si vous ne souhaitez pas déjeuner au self, seul les repas pris seront facturés.

## **TENUES ET MATERIEL DE STAGE**

---

En stage, et lors des travaux pratiques, le port de la tenue professionnelle est obligatoire. Chaque étudiant doit posséder 5 tenues. Ses tenues vous seront prêtées par la Blanchisserie Interhospitalière de Cornouaille durant les 3 années de formation.

Le trousseau mis à votre disposition durant votre période de formation doit être restitué en totalité. Des informations complémentaires concernant les tenues professionnelles vous seront communiquées à la rentrée.

## **PHOTO D'IDENTITE**

---

Pour la préparation de votre livret scolaire, il est nécessaire de transmettre une photo d'identité au format d'une Carte Nationale d'Identité ou passeport (photographie de face, tête nue).

## **DOSSIER MEDICAL**

---

L'admission définitive en IFMEM est subordonnée à la production au plus tard à la rentrée (*Cf article 91 de l'arrêté du 21/04/2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formations paramédicaux modifié*) **d'un certificat médical établi par un médecin agréé ARS**, attestant que :

- l'étudiant.e ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession de manipulateur d'électroradiologie médicale
- la numération globulaire et la formule sanguine de l'étudiant.e sont normales
- l'étudiant.e ne présente pas de contre-indication à l'utilisation d'appareils d'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM)

Liste des médecins agréés ARS jointe et disponible sur le site :

[https://www.bretagne.ars.sante.fr/system/files/2024-01/NOUVELLE%20LISTE%20MEDECINS%20GENERALISTES%202024\\_DD29.pdf](https://www.bretagne.ars.sante.fr/system/files/2024-01/NOUVELLE%20LISTE%20MEDECINS%20GENERALISTES%202024_DD29.pdf)

Avant de débiter les stages hospitaliers, et dans l'objectif de préserver leur santé, les étudiants en santé doivent obligatoirement être vaccinés contre l'hépatite B, la Diphtérie, le tétanos et la polio.

**Vous trouverez ci-joint une attestation vaccinale que vous pourrez faire compléter par le médecin de votre choix et nous renvoyer avec le dossier.**

Il est nécessaire de vous présenter à cette consultation munie de **votre carnet de santé ou de vaccination et une sérologie complète de l'hépatite B.**

**Au regard de la réglementation actuelle, le médecin signataire du certificat de vaccination et d'immunisation contre l'hépatite B s'assurera des résultats de la recherche des anticorps anti-HBS en fonction de l'arrêté du 2 août 2013 modifié fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L. 3111-4 du code de la santé publique.**

**Il est vivement conseillé de se mettre à jour des vaccinations dès l'inscription. La mise à jour des vaccins et l'IMMUNISATION contre l'hépatite B (qui peut nécessiter plusieurs injections) sont obligatoires pour le départ en stage.**

**L'attestation d'immunisation doit être obligatoirement fournie avant le départ en stage.**

VACCINATION BCG : Un arrêté du 27 février 2019 **a suspendu** l'obligation de vaccination par le BCG.

Selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour les étudiants et professionnels de santé, il est par ailleurs recommandé d'être immunisé contre **la COVID-19, la coqueluche, la rougeole, la rubéole et les oreillons (ROR), la varicelle et la grippe saisonnière**, ainsi que contre l'hépatite A pour les personnes s'occupant d'enfants n'ayant pas atteint l'âge de la propreté (par exemple personnels des crèches, assistants maternels...) et – des structures collectives d'accueil pour personnes handicapées.

VACCINATION ROR : La vaccination avec une dose de vaccin trivalent ROR est fortement recommandée pour les personnes travaillant dans les services accueillant des patients à risque de rougeole grave (immunodéprimés). Les professionnels travaillant au contact des enfants doivent aussi recevoir une dose de vaccin trivalent rougeole-oreillons-rubéole.

En prévision d'un éventuel stage dans un service accueillant des enfants, veillez à faire une sérologie et/ou à vérifier votre vaccination ROR.

Pour les étudiants en situation de handicap, vous pourrez prendre contact avec :

- **Madame Bettina HUDEBINE**, Référente handicap de l'institut de formation de Quimper :  
02-98-98-66-82  
[bettina.hudebine@ifsi-quimper.fr](mailto:bettina.hudebine@ifsi-quimper.fr)
  
- **Madame Christelle DENIS-FEREC**, Référente handicap de l'institut de formation de Quimper :  
02-98-98-66-82  
[christelle.denis-ferec@ifsi-quimper.fr](mailto:christelle.denis-ferec@ifsi-quimper.fr)

# Les offres étudiantes

**ASSURANCE HABITATION**  
à partir de  
**5€ /mois<sup>(6)</sup>**

**MUTUELLE SANTÉ**  
à partir de  
**16€ /mois<sup>(7)</sup>**

**ASSURANCE ET FINANCEMENT AUTO<sup>(8)</sup>**

**PRÊT ÉTUDIANTS**  
jusqu'à  
**60 000€<sup>(10)</sup>**

**7 RÉSIDENCES ÉTUDIANTES**  
Lille, Lyon, Marseille, Paris, Rouen, Strasbourg, Toulouse.

Flasher-moi :



Ensemble, *pre* nous soin de demain



Suivez-nous sur : Et échangez entre vous : LA COMMUNAUTÉ MACSF

DOCUMENT COMMERCIAL À CARACTÈRE NON CONTRACTUEL, POUR DE PLUS AMPLES INFORMATIONS VOUS RÉFÉRER AUX CONDITIONS GÉNÉRALES OU AUX NOTICES D'INFORMATION. **Un crédit vous engage et doit être remboursé. Vérifiez vos capacités de remboursement avant de vous engager.**

(6) Tarif 2022 pour 1 ou 2 pièces. (7) Tarif (hors cotisation association ALAP) valable sur un contrat MACSF Générique jusqu'au 30/04/2023, sous réserve d'évolution des taxes, pour un étudiant en médecine ou chirurgie-dentaire de moins de 41 ans, et de moins de 31 ans pour les autres études. (8) Sous réserve d'acceptation du dossier par MACSF assurances. (9) Avec Club Auto MACSF clubauto-macsf.com, 0 805 051 006, service et appels gratuits, sous réserve d'acceptation du dossier par MACSF financement, MACSF assurances et MACSF prévoyance. Vous disposez d'un délai de rétractation de 14 jours à partir de la signature de votre contrat de financement. (10) Sous réserve d'acceptation du dossier par notre partenaire financier et MACSF prévoyance. L'assurance emprunteur Décès, Incapacité, Invalidité est exigée par le prêteur. Vous pouvez souscrire une assurance équivalente auprès de l'assureur de votre choix. Offres à l'intérieur.

MACSF assurances - SIREN N°775 665 631. MACSF prévoyance - SIREN N°784 702 375 - Sociétés d'Assurance Mutuelles - Entreprises régies par le Code des Assurances. MACSF financement - Société de financement - S.A. à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 8 800 000 € - 343 973 822 RCS NANTERRE - SIRET N°343 973 822 00038. MACSF assurances est mandataire exclusif en opérations de banque de MACSF financement - SIREN 775 665 631 - N° ORIAS 130 04 099. Sièges Sociaux : Cours du Triangle - 10 rue de Valmy - 92800 PUTEAUX. Adresses postales : 10 cours du Triangle de l'Arche - TSA 40100 - 92919 LA DEFENSE CEDEX. Association souscriptrice : A.L.A.P - Siège social : 11, rue Brunel - 75017 Paris. AMIT - SA au capital de 100 000 € détentrice de la marque Club Auto - 301 500 203 RCS NANTERRE - Mandataire non exclusif en opérations de banque et service de paiement de MACSF financement - N° ORIAS 070 35 228 - Siège social : 5 rue Vernet - 75008 PARIS.

44D1075 - 05/2022



ÉTUDIANTS EN SANTÉ

POUR  
Ton STAGE,  
**TKT**

*on assure!*



Marie - Pierre LE BERR  
06 75 30 24 70

**RCP-PJ OFFERTE<sup>(\*)</sup>**

**Responsabilité civile professionnelle**

**Protection juridique**

ON TE  
**L'OFFRE!**

SOUSCRIPTION SUR  
**ETUDIANT.MACSF.FR**

PUBLICITÉ



## POUR ÊTRE PROTÉGÉ PENDANT TES STAGES

### RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE - PROTECTION JURIDIQUE

**La responsabilité civile professionnelle (RCP)** te protège en cas de réclamation d'un patient dans le cadre de soins lors de tes stages ou de tes gardes, mais aussi sur la voie publique. **Elle est essentielle dès ton 1<sup>er</sup> stage.**

Nos juristes t'accompagnent en cas de réclamation amiable et si besoin tout au long de la procédure. Nous réglons les frais et les éventuelles indemnités des dommages corporels, matériels et immatériels<sup>(2)</sup>.

**La protection juridique (PJ)** t'aide à faire face **aux conflits<sup>(3)</sup> de ta vie professionnelle ou privée<sup>(4)</sup>**. Nos juristes t'informent et t'assistent lors de litiges t'opposant à des tiers (organismes de formation, administration, bailleurs, voisins, etc.). Nous remboursons les frais et honoraires en phase contentieuse<sup>(5)</sup>.

### EXEMPLE

Tu relèves une patiente sans savoir qu'elle est en convalescence après une opération, la prothèse de hanche nouvellement installée se luxé.

La patiente n'aurait pas dû être levée, elle t'attaque en justice.

Avec la RCP PJ, la MACSF te défend et te couvre à hauteur de 8 millions d'euros en cas de dommages corporels<sup>(2)</sup>.

Souscris  
ton assurance

OFFERTE<sup>(1)</sup>:

**ETUDIANT.MACSF.FR**

et reçois ton attestation immédiatement



NE PAS JETER SUR LA VOIE PUBLIQUE.

(1) Pendant tes études, hors internes et docteurs juniors, hors remplacements. (2) Dans la limite de 8 millions d'euros par sinistre et 15 millions d'euros par année d'assurance. (3) Dès lors que le montant en jeu dépasse 469€ (valeur au 01/03/2022) (4) Hors litiges matrimoniaux. (5) En application d'un barème dont les montants cumulables entre eux varient selon les procédures engagées.





Protéger les professionnels de la santé  
et du social, tout simplement



# MNH

## Responsabilité Civile Professionnelle Étudiante

ADHÉSION IMMÉDIATE



Flashez-moi

### #NOUSSOMMES HOSPITALIERS

Parce que personne n'est à l'abri  
de faire des erreurs, votre garantie  
est **OFFERTE** et vous couvre tout au  
long de votre formation, même lors  
de vos stages à l'étranger<sup>(1)</sup>.



3031 Service & appel  
gratuits

du lundi au vendredi de 8h30 à 18h

Restons en contact !



 [mnh.fr](https://www.mnh.fr)

(1) Stage d'une durée maximum de 6 mois. Demeurent exclues : les conséquences d'actes médicaux ou de soins effectués aux États - Unis et au Canada, que ces actes soient réalisés par l'assuré lui-même.  
Votre contrat est porté par l'Assureur : BHEI Berkshire Hathaway European Insurance D.A.C. est une société irlandaise dont le siège est sis 7, Grand Canal Street Lower, DUBLIN D02 KW81 Ireland et enregistrée au registre des entreprises (Company Registration Office - www.cro.ie) sous le numéro 636883. Elle est représentée en France par sa succursale sise 3, Rue St. Georges 75009 PARIS - SIREN N°851 193 094. Votre contrat est placé auprès de l'assureur par le courtier d'assurances : BEAH BUREAU EUROPEEN D'ASSURANCE HOSPITALIERE - BEAH SAS Société de courtage d'assurance au capital de 10 000 euros, immatriculée au registre ORIAS sous le numéro 09050780 www.oriass.fr, au RCS Paris sous le numéro 842 652 141, dont le siège social est situé 16-18 rue de Londres - 75009 PARIS. Votre contrat vous a été vendu par : MNH, mutuelle régie par les dispositions du livre II du Code de la mutualité, agissant en qualité de distributeur, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 606 361.  
Mutuelle nationale des hospitaliers et des professionnels de la santé et du social - 331, Avenue d'Antibes - 45213 Montargis Cedex. La MNH est régie par les dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 606 36. Conception PURE - Juin 2022 / Crédits photos : iStock, A4RCP22. Documentation à caractère publicitaire non contractuelle.





# PRÉFET DU FINISTÈRE

Liberté  
Égalité  
Fraternité

Date de mise à jour : 31 janvier 2024

## LISTE DES MEDECINS GENERALISTES AGREES POUR L'EXAMEN DES AGENTS DE LA FONCTION PUBLIQUE

### Arrondissement de BREST :

M. le Docteur <b>PONDAVEN</b> François – 5 place de la Liberté – 29200 BREST	02 98 43 18 09
M. le Docteur <b>HENRY</b> Pierre – 9 place Jack London – 29200 BREST	02 98 05 02 04
M. le Docteur <b>CONAN</b> Pierre-Yves - 1, rue Paul Pochard - 29200 BREST	02 98 05 25 41
M. le Docteur <b>FURET</b> Eric - 2, rue Colbert - 29200 BREST	02 98 43 03 38
M. le Docteur <b>MAILLOUX</b> Florent - 165, rue Jean Jaurès - 29200 BREST	02 98 44 63 25
Mme le Docteur <b>MATHILIN</b> Nathalie – 42 venelle du Petit Cosquer – 29480 LE RELECQ <b>KERHUON</b>	02 98 03 39 02 02 98 03 39 02
M. le Docteur <b>GALLOT-LAVALLEE</b> Olivier – 2, place de l'Eglise Saint-Houardon - 29800 <b>LANDERNEAU</b>	02 98 85 13 89
M. le Docteur <b>ABILIOU</b> Vincent – 2 rue Albert Louppe – 29200 BREST	02 98 02 78 12
M. le Docteur <b>LE MOIGNE</b> Gwénaél – 1 rue de Pen ar C'hoat – 29190 SAINT-RENAN	02 98 84 23 18
M. le Docteur <b>LE HIR</b> Alain – 2 rue Anatole Le Braz – 29860 PLABENNEC	02 98 40 42 57
Mme le Docteur <b>KAPRY</b> Marianne – 50 rue Raymond Leaustic – 29200 BREST	02 98 02 01 00

### Arrondissement de MORLAIX :

Mme le Docteur <b>KERDUDO</b> Sara - 6, rue Foch - 29660 CARANTEC	02 98 67 04 36
M. le Docteur <b>LE RESTE</b> Jean-Yves – 06 place de l'Eglise - 29620 LANMEUR	02 98 67 51 03
M. le Docteur <b>LE VERGE</b> Joseph – 74 route de Brest – 29600 MORLAIX CEDEX	06 81 22 01 28
M. le Docteur <b>BOURHIS</b> Antoine – 2, Route de Paris – 29600 MORLAIX	02 98 63 32 45
M. le Docteur <b>REUNGOAT</b> Jean-Yves – 29670 TAULE (médecin cdg29)	

### Arrondissement de QUIMPER :

M. le Docteur <b>LEBRUN</b> Hervé - 7, rue de Kéranguen - 29360 CLOHARS CARNOET	02 98 71 52 90
M. le Docteur <b>PRIMAULT</b> Stéphane - 12, rue Per Jakes Helias - 29500 ERGUE-GABERIC	02 98 90 74 93
M. le Docteur <b>LOUBOUTIN</b> Jean-Paul - 27, avenue de la France Libre - 29000 QUIMPER	02 98 95 32 75
M. le Docteur <b>GUAYS</b> Yann – 27, Avenue de la France Libre – 29000 QUIMPER	02 98 95 32 75
Mme le Docteur <b>VIAGGI</b> Marie – 32 rue de Lehan – 29730 TREFFIAGAT	06 76 83 73 13
M. le Docteur <b>OUTY</b> Pascal – 7 boulevard du Finistère – 29000 QUIMPER (médecin cdg29)	
M. le Docteur <b>BLONDEL</b> Philippe – 3 rue Kerneveleck – 29170 FOUESNANT	02 98 51 69 69
M. le Docteur <b>SQUIBAN</b> Jacques – 29000 QUIMPER (médecin cdg29)	

# CERTIFICAT MEDICAL

**Etabli par un Médecin Agréé**  
**Admission dans un Institut de Formation des Professionnels de Santé**  
**(Institut de Formation des Manipulateurs d'électroradiologie médicale)**

Je soussigné, Docteur \_\_\_\_\_

Médecin agréé par la Préfecture du département \_\_\_\_\_

Exerçant à \_\_\_\_\_

Atteste que Mme, M. \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Demeurant à \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession de manipulateur d'électroradiologie médicale
- Ne présente pas de contre-indication à l'utilisation d'appareils d'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM)
- Présente une numération globulaire et une formule sanguine normales

Fait à \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

Signature et cachet du médecin

**ATTESTATION MEDICALE D'IMMUNISATION ET DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES**
  
 des personnes mentionnées à l'article L3111-4 du code de la santé publique

Je, soussigné(e) Docteur .....
   
 Certifie que : Nom de naissance ..... Nom d'usage .....
   
 Prénom : ..... Né(e) le...../...../.....

En formation de : .....

Est immunisé(e) :

- Contre la DIPHTERIE, le TETANOS et la POLIOMYELITE :

Dernier rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N° lot

- Contre l'HEPATITE B, selon les conditions définies au verso, il/elle est considéré(e) comme : *(rayer les mentions inutiles)*

- Immunisé(e) contre l'HEPATITE B :	<b>oui</b>	<b>non</b>
- Non répondeur (se) à la vaccination (après l'administration de 6 doses) :	<b>oui</b>	<b>non</b>
- Nécessitant un avis spécialisé	<b>oui</b>	<b>non</b>

- Par le BCG\*  OUI  NON

Nom du vaccin intradermique ou Monovax®	Date du vaccin	N° lot

\*Un arrêté du 27 février 2019 a **suspendu** l'obligation de vaccination par le BCG.

IDR à la tuberculine*	Date	Résultat (en mm)

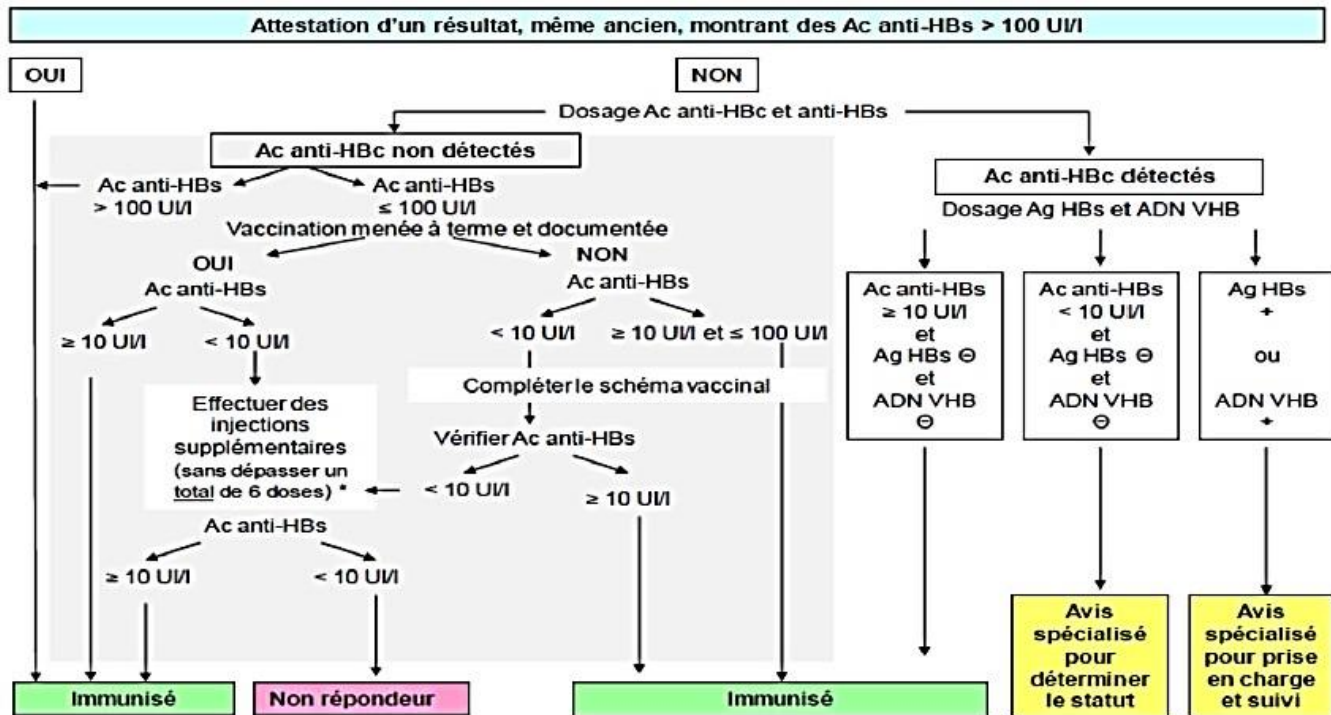
\*L'IDR de référence est **obligatoire** : Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiques.

**SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN**

**Nota bene** : Selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour les étudiants et professionnels de santé, il est par ailleurs recommandé d'être immunisé contre **la COVID-19, la coqueluche, la rougeole, la rubéole et les oreillons (ROR), la varicelle et la grippe saisonnière**, ainsi que contre l'hépatite A pour les personnes s'occupant d'enfants n'ayant pas atteint l'âge de la propreté (par exemple personnels des crèches, assistants maternels...) et – des structures collectives d'accueil pour personnes handicapées.



**Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des personnes mentionnées à l'article L.311-4 et dont les conditions sont fixées par l'arrêté du 2 août 2013**



\* Sauf cas particulier voir 4<sup>e</sup> de l'annexe 2 de l'arrêté

Légende : Ac : anticorps ; Ag : antigène ; VHB : virus de l'hépatite B

**Textes de référence**

- Articles L.3111-1, L.3111-4 et L.3112-1 du code de la santé publique (CSP).
- Arrêté du 15 mars 1991 fixant la liste des établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins dans lesquels le personnel exposé doit être vacciné, modifié par l'arrêté du 29 mars 2005 (intégration des services d'incendie et de secours).
- Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiques.
- Arrêté du 6 mars 2007 relatif à la liste des élèves et étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des autres professions de santé pris en application de l'article L.3111-4 du CSP.
- Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux (Titre III).
- Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L.3111-4 du CSP.
- Calendrier vaccinal en vigueur (cf. <https://vaccination-info-service.fr/>)

DEMANDE DE PRELEVEMENT

TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER :  
NOM : .....  
PRENOM : .....  
ADRESSE : .....

<u>Désignation de l'organisme Créancier</u> EPSM DU FINISTERE SUD CS 16003 29107 QUIMPER CEDEX
---

Je vous prie de bien vouloir désormais et sauf instructions contraires de ma part vous parvenant en temps utile, faire prélever en votre faveur sur le compte mentionné ci-dessous :

Code établissement : ..... Code Guichet : .....  
N° de compte : ..... Clé RIB - RIP : .....  
Nom et adresse de l'établissement bancaire : .....

- (1) les sommes dont je vous serai redevable au titre des repas pris au self de l'EPSM du FINISTERE SUD
- (2) les sommes dont vous sera redevable mon fils ou ma fille, étudiant(e) IFSI (nom, prénom à préciser)  
..... au titre de ses repas pris au self de l'EPSM du FINISTERE SUD

Les présentes instructions sont valables jusqu'à annulation de ma part, à vous notifier en temps utile.

A le  
**Signature du titulaire du compte à débiter**  
**(Précédé de la mention « Lu et approuvé »)**

(1) ou (2) Rayer la mention inutile.

AUTORISATION DE PRELEVEMENT

Numéro National d'Emetteur 435440
--------------------------------------

TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER :  
NOM : .....  
PRENOM : .....  
ADRESSE : .....

Nom et adresse de l'Etablissement bancaire  
.....  
.....  
.....

Je vous prie de bien vouloir débiter, sans autre avis, à la condition qu'il présente la provision nécessaire, mon compte n° :

Code établissement : ..... Code Guichet : .....  
N° de compte : ..... Clé RIB - RIP : .....

Du montant de tous les avis de prélèvement qui seront émis à mon nom par :

**E.P.S.M. DU FINISTERE SUD**

*Désignation de l'organisme créancier*

Il est entendu qu'en cas de litige sur un prélèvement, je devrai régler le différend avec l'organisme créancier ci-dessus désigné. Vous n'aurez pas à m'aviser de l'exécution desdites opérations hors de l'extrait de compte que vous m'adressez, ni éventuellement de leur non-exécution.

A le  
**Signature du titulaire du compte à débiter**  
**(Précédé de la mention « Lu et approuvé »)**

Prière de remettre les deux parties de cet imprimé à l' <b>I.F.P.S Quimper-Cornouaille</b> : sans les séparer, en y joignant obligatoirement un RIB - RIP récent.
--



## FORMULAIRE DE DEMANDE DE CARTE DE STATIONNEMENT SUR L'EPSM

Dossier suivi par **Yvan BONNET**  
Responsable des transports  
Direction des Finances, de la Patientèle et de la  
Logistique  
Tél : 02 98 98 66 20 (66 09) - Fax : 02 98 98 66 33

N/Réf : NV/YB

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Etudiant  
Promotion : \_\_\_\_\_

Autres  
\_\_\_\_\_

N° immatriculation du véhicule

Véhicule 1 : \_\_\_\_\_

Véhicule 2 : \_\_\_\_\_

Sollicite une carte de stationnement et je certifie que je prendrai connaissance des informations mentionnées sur celle-ci (appelées ci-dessous) et que le dit véhicule est assuré et à jour de son contrôle technique.

Fait le : \_\_\_\_\_

Signature du titulaire

Informations mentionnées sur la carte de stationnement :

- 1 - Le véhicule est autorisé à circuler et à stationner sur le site de l'EPSM du Finistère Sud dans les limites de temps et de lieux déterminés par les notes de services et règlement intérieur.
- 2 - Les prescriptions du Code de la Route sont à observer sur le site. Toute infraction aux règles ou au règlement intérieur pourra entraîner le retrait temporaire ou définitif de la présente autorisation, indépendamment des poursuites pénales et des contraventions auxquelles le contrevenant pourrait s'exposer.
- 3 - La présente autorisation est temporaire et réservée à l'attributaire de la carte conformément à la demande déposée à la Direction des Finances, de la Patientèle et de la Logistique.
- 4 - L'EPSM du Finistère Sud décline toute responsabilité en cas de vol, de perte ou détérioration du véhicule objet de la présente carte ou des dommages causés à celui-ci en cas d'absence de tiers responsable.
- 5 - Le propriétaire dudit véhicule fera son affaire personnelle de tout litige susceptible de survenir avec les autres usagers (hors patients) à quelques titres que ce soit.