

***IMAGERIE MEDICALE
ET RADIOLOGIE THERAPEUTIQUE***

CERFICAT MEDICAL D'APTITUDE

Je soussigné(e),, médecin agréé par l'ARS⁽¹⁾, certifie
avoir examiné ce jour

Mr / Mme

Et qu'il / elle :

- ☐ n'est atteint d'aucune affection d'ordre physique / psychologique ou pathologique incompatible avec l'exercice de la profession de Manipulateur en électroradiologie médicale,
- ☐ possède une numération globulaire et une formule sanguine normales (à joindre avec le certificat de vaccination),
- ☐ ne présente aucune contre-indication à l'utilisation d'appareils d'imagerie magnétique (IRM).

Date :

Cachet et Signature :

⁽¹⁾ Pour connaître la liste des médecins agréés, pour la rédaction du certificat d'aptitude, vous pouvez vous renseigner à l'ARS (Agence Régionale de Santé).