



POLE DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE  
Institut de Formation de Manipulateur d'Electroradiologie Médicale

**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION  
A LA PROFESSION DE MANIPULATEUR D'ELECTRORADIOLOGIE  
MEDICALE**

(à faire compléter **par un médecin agréé\*** par l'Agence Régionale de Santé

Selon l'article 13 de l'arrêté du 22 octobre 2005 modifié)

Je soussigné(e), Docteur ..... **Médecin agréé,**

Atteste que : M./Mme .....

Né(e) le : !\_\_ !\_\_ !\_\_ !

- 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'IRM, (pacemaker, prothèse(s), dispositif(s) implantable(s),...)
- Est apte au travail sous rayonnement ionisant.

Coordonnées du médecin agréé : .....

.....

Fait à ....., le .....

Tampon :

Signature :

\*liste disponible par département : <https://www.bretagne.ars.sante.fr/les-medecins-agrees-1>