



POLE DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE

Certificat médical d'aptitude

(à faire compléter **par un médecin agréé*** par l'ARS du département

Selon l'article 11 de l'arrêté du 17 janvier 2020, modifié par arrêté du 31 juillet 2024 – art. 1)

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

Atteste que :

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.

Fait à, le !___ !___ !___ !

Cachet et Signature :

***liste disponible sur le site de l'ARS ou de la préfecture de votre département :**

<https://www.bretagne.ars.sante.fr/les-medecins-agrees-1>