

### IFMEM

IMS

Hôpital Xavier Arnoz

Avenue du Haut Lévêque

33600 PESSAC

☎ : 05 57 65 62 62

@ : [ifmem.xa@chu-bordeaux.fr](mailto:ifmem.xa@chu-bordeaux.fr)

### Centre de Formation d'Apprenti(e)s

IMS Pellegrin

Rue Francisco Ferrer

33076 Bordeaux cedex

☎ : 05 57 82 05 13

@ : [cfa.ims@chu-bordeaux.fr](mailto:cfa.ims@chu-bordeaux.fr)

## DOSSIER DE CANDIDATURE POUR LA FORMATION DE MANIPULATEUR D'ÉLECTRORADIOLOGIE MÉDICALE PAR LA VOIE DE L'APPRENTISSAGE

Le CFA de l'IMS du C.H.U. de Bordeaux offre la possibilité de préparer le **diplôme de manipulateur d'électroradiologie médicale** avec le **statut d'Apprenti**.

La formation de manipulateur d'électroradiologie médicale par la voie de l'apprentissage s'adresse aux étudiants de l'IFMEM du CHU de Bordeaux:

- **Etre admis en 3<sup>ème</sup> année** pour un **contrat d'1 an** à partir du **début de la 3<sup>ème</sup> année** de formation à l'IFMEM.
- **Etre admis en 2<sup>ème</sup> année avec 60 ECTS** pour un **contrat de 2 ans** à partir du **début de la 2<sup>ème</sup> année** de formation à l'IFMEM.
- Etre âgé de moins de 30 ans à la signature du contrat d'apprentissage (dérogations à la limite d'âge de 30 ans suivant dispositions légales notamment lorsque le contrat est conclu par une personne reconnue travailleur handicapé, sportif de haut niveau et pour les personnes ayant un projet de création ou de reprise d'entreprise dont la réalisation est conditionnée à l'obtention du diplôme.).

L'inscription définitive dans cette formation en apprentissage est soumise :

- **à la validation de la 1<sup>ère</sup> année de formation avec 60 ECTS**
- **au passage en 2<sup>ème</sup> année de formation**
- **à la signature du contrat d'apprentissage de deux ans avant la date de début de formation de la 2<sup>ème</sup> année.**

ou

- **au passage en 3<sup>ème</sup> année de formation**
- **à la signature du contrat d'apprentissage avant la date de début de formation de la 3<sup>ème</sup> année.**

Il vous appartient de :

- **trouver un terrain d'apprentissage,**
- **obtenir une promesse d'engagement,**
- **transmettre le dossier de candidature complété au CFA à l'adresse suivante : [cfa.ims@chu-bordeaux.fr](mailto:cfa.ims@chu-bordeaux.fr)**

Pour plus de renseignements sur la formation par la voie de l'apprentissage, vous pouvez consulter le site internet <https://www.chu-bordeaux.fr/Etudiants-formation/Ecoles,-instituts,-centre-de-formation-apprentis-et-formations-du-CHU-de-Bordeaux/Centre-de-formation-apprentis-de-l-IMS-CHU-de-Bordeaux/>

## IDENTITE ET COORDONNEES DU CANDIDAT – APPRENTISSAGE IFMEM

**Veuillez choisir votre parcours d'apprentissage :**

- Parcours à partir de la 2<sup>ème</sup> année-apprentissage de 2 ans  
 Parcours à partir de la 3<sup>ème</sup> année-apprentissage d'1 an

**MERCI D'ÉCRIRE LISIBLEMENT**

Nom de naissance : ..... Nom d'usage : .....

Prénom: .....

Date de naissance : ..... à : ..... département ( ..... )

Identifiant national INE : .....

Adresse : .....

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

Téléphone : ..... Téléphone portable : .....

Adresse mail : .....

Nationalité : .....

Déclare être sur la liste des sportifs, entraîneurs, arbitres et juges sportifs de haut niveau  Oui  Non

Déclare bénéficiaire de la reconnaissance travailleur handicapé ..  Oui  Non

Déclare avoir un projet de création ou de reprise d'entreprise ...  Oui  Non

Année	Statut	Classe Fréquentée	Etablissement	Intitulé exact du diplôme préparé	Résultat
2020 - 2021	<input type="checkbox"/> Etudiant(e)/élève <input type="checkbox"/> Salarié(e) <input type="checkbox"/> Apprenti(e) <input type="checkbox"/> Autre				
2021 - 2022	<input type="checkbox"/> Etudiant(e)/élève <input type="checkbox"/> Salarié(e) <input type="checkbox"/> Apprenti(e) <input type="checkbox"/> Autre				
2022 - 2023	<input type="checkbox"/> Etudiant(e)/élève <input type="checkbox"/> Salarié(e) <input type="checkbox"/> Apprenti(e) <input type="checkbox"/> Autre				
2023-2024	<input type="checkbox"/> Etudiant(e)/élève <input type="checkbox"/> Salarié(e) <input type="checkbox"/> Apprenti(e) <input type="checkbox"/> Autre				

Date :

Signature du candidat :

**PRE-ENGAGEMENT DE L'ETABLISSEMENT- APPRENTISSAGE IFMEM**

**NOM et Prénom de l'apprenti(e):**

*Le changement de maître d'apprentissage en cours de contrat implique de conclure un avenant au contrat initial sauf à ce que le contrat initial ait prévu un second maître d'apprentissage composant une équipe tutorale.*

**COORDONNÉES DU MAÎTRE D'APPRENTISSAGE PRINCIPAL**

Nom de naissance : ..... Nom d'usage : .....

Prénom: ..... Date de naissance .....

Téléphone : .....

Adresse mail (*important pour la réunion des maîtres d'apprentissage, le conseil de perfectionnement et l'enquête de satisfaction*) :

- Qualification  Manipulateur d'électroradiologie médicale ayant au moins deux années d'expérience.  
 Médecin de la spécialité concernée (imagerie médicale, radiothérapie, médecine nucléaire, électrophysiologie)

**COORDONNÉES DU SECOND MAÎTRE D'APPRENTISSAGE (recommandé mais non obligatoire)**

Nom de naissance : ..... Nom d'usage : .....

Prénom: ..... Date de naissance .....

Téléphone : .....

Adresse mail (*important pour la réunion des maîtres d'apprentissage, le conseil de perfectionnement et l'enquête de satisfaction*) :

- Qualification  Manipulateur d'électroradiologie médicale ayant au moins deux années d'expérience.  
 Médecin de la spécialité concernée (imagerie médicale, radiothérapie, médecine nucléaire, électrophysiologie)

**NOM DE LA STRUCTURE ET COORDONNÉES DU LIEU D'EXERCICE DE L'APPRENTISSAGE**

Dénomination de la structure ou raison sociale :

N° SIRET : .....

Nom et prénom du responsable : .....

Adresse: .....

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

Téléphone : .....

Mail : .....

**COORDONNÉES DE L'ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR**

Nom et prénom ou dénomination : .....

N° SIRET : .....

Adresse de l'établissement ou du siège social : .....

.....

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

Téléphone : .....

Mail : .....

Représentée légalement par (**Prénom, Nom et qualité du signataire**) : .....

- Employeur public    Aide au financement     CNFPT     ANFH  
 Employeur privé    Code IDCC de la convention collective : ..... Nom de l'OPCO : .....

Pour les employeurs privés, joindre à ce document votre extrait Kbis ou nous le faire parvenir par mail à [cfa.ims@chu-bordeaux.fr](mailto:cfa.ims@chu-bordeaux.fr)

## CONTACT OPERATIONNEL POUR LA GESTION ADMINISTRATIVE:

Prénom, Nom : .....  
Fonction : .....  
Adresse : .....  
Mail : .....  
Téléphone : .....

## CONTACT OPERATIONNEL POUR LA GESTION FINANCIERE DU CONTRAT:

Prénom, Nom : .....  
Fonction : .....  
Adresse : .....  
Mail : .....  
Téléphone : .....

## DUREE DE L'ACTION DE FORMATION

- *Le début de l'apprentissage au sein d'une entreprise doit avoir lieu au plus tôt 3 mois avant et au plus tard le 1<sup>er</sup> jour du début de la formation auquel l'apprenti est inscrit.*
- *Le contrat doit mentionner la date de fin, elle ne peut être antérieure à la fin du cycle de formation (date de diplomation).*
- *Prévoir un délai d'environ 3 semaines pour réaliser les formalités administratives avant la date souhaitée.*

## **Veillez choisir le parcours de l'apprenti et compléter les dates de début et de fin de contrat souhaitées**

- Parcours à partir de la 2<sup>ème</sup> année-apprentissage de 2 ans**  
Date de début de l'action de formation : **début de 2<sup>ème</sup> année le 2/09/2024**  
**A quelle date souhaitez-vous commencer l'exécution du contrat :**  
Date prévisionnelle de diplomation **en fin de 3<sup>ème</sup> année 30/06/2026**  
**A quelle date souhaitez-vous la fin du contrat :**

- Parcours à partir de la 3<sup>ème</sup> année-apprentissage d'1 an**  
Date de début de l'action de formation : **début de 2<sup>ème</sup> année le 2/09/2024**  
**A quelle date souhaitez-vous commencer l'exécution du contrat :**  
Date prévisionnelle de diplomation **en fin de 3<sup>ème</sup> année 29/06/2025**  
**A quelle date souhaitez-vous la fin du contrat :**

Date :

**Le Directeur de l'établissement :** (Nom, Prénom, qualité du signataire et cachet de l'établissement)