



**DOSSIER D'INSCRIPTION A RENVOYER au plus tard  
le 13 décembre 2018, en lettre recommandée avec avis de réception  
(cachet de la poste faisant foi)**

**Composition du dossier :**

- La présente **demande d'inscription** dûment complétée et signée par moi-même le candidat
  - Une photocopie **d'une pièce d'identité** (carte d'identité recto-verso, livret de famille, passeport) en cours de validité
  - Une enveloppe autocollante, libellée à mon adresse (valable également pendant les vacances scolaires) affranchie au tarif « lettre prioritaire 20g » ;
  - Le certificat médical (en page 3) signé par un **médecin agréé** attestant que le candidat ne présente pas de contre-indication physique et psychologique incompatible à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute;
  - Une lettre de motivation ;
  - Un curriculum vitae détaillé et justifié précisant outre le cursus de formation, le parcours individuel (professionnel, associatif,...) les travaux et publications éventuels.
  - Une photocopie des titres et diplômes ;
  - Un chèque de 130 euros à l'ordre du régisseur de l'école de Kinésithérapie du CHU de Grenoble qui sera encaissé à réception du dossier.
- N° CHEQUE : \_\_\_\_\_ BANQUE : \_\_\_\_\_  
N° COMPTE : \_\_\_\_\_ TITULAIRE DU COMPTE : \_\_\_\_\_

**Ces frais ne sont pas remboursés aux candidats qui ne sont pas admis, quel qu'en soit le motif. Ils sont indépendants des frais de scolarité. Les boursiers doivent régler ces droits.**

## **CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE A LA FONCTION DE MASSEUR-KINESITHERAPEUTE**

A remplir par un médecin agréé par l' A. R. S.

Je soussigné(e), Docteur

Agréé par l'ARS

Certifie avoir examiné ce jour : Monsieur – Madame – (rayer les mentions inutiles)

NOM DE FAMILLE

NOM D'USAGE

PRENOM

DATE DE NAISSANCE

J'ATTESTE :

Que le (la) candidat(e) ne présente pas de contre-indications à la profession de masseur-kinésithérapeute  
(absence de problèmes locomoteurs, psychiques, d'un handicap incompatible avec la profession :  
handicap visuel, auditif, amputation d'un membre...)

Cachet du praticien

Signature du praticien

Date