



POLE RESSOURCES HUMAINES  
INSTITUT DE FORMATION DE MANIPULATEURS  
D'ELECTRORADIOLOGIE MEDICALE

COUVERTURE DES ACCIDENTS DE TRAVAIL ET DE TRAJET

ANNEE SCOLAIRE 2024 - 2025

|                            |  |
|----------------------------|--|
| Nom et prénom              |  |
| Adresse postale            |  |
| Code postal                |  |
| Ville                      |  |
| Numéro de sécurité sociale |  |

| Moyen de locomotion utilisé pour vous rendre à l'institut ou en stage |                       |   |
|---|-----------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Vélomoteur                                   | Nombre de cm3 : _____ | <input type="checkbox"/> transport en commun      |
| <input type="checkbox"/> Moto   | Nombre de cm3 : _____ | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____ |
| <input type="checkbox"/> Voiture                                      | Nombre de CV : _____  |   |

En cas de changement durant l'année scolaire, veuillez prévenir le secrétariat.