

Samois-sur-Seine, le 07 juin 2023

Objet : rentrée de septembre 2023 ou février 2024
Formation préparant au Diplôme d'Etat d'infirmier(e)

Madame, Monsieur,

Vous avez confirmé votre souhait d'intégrer l'institut de formation du Centre Hospitalier du Sud Seine-et-Marne et je vous en remercie.

Afin de réaliser votre inscription, vous devrez vous présenter à l'institut de formation sur rendez-vous pris au préalable auprès du secrétariat au **01.64.31.65.31** muni du dossier ci-joint dûment complété et accompagné de l'intégralité des pièces demandées (**tout dossier incomplet sera refusé**)

Les périodes d'inscription sont les suivantes :

Pour les candidats ayant confirmé définitivement leur admission entre le 1^{er} juin et le 10 juillet 2023 :

- Le 29 juin 2023 de 09h00 à 16h00
- Du 03 juillet 2023 au 07 juillet 2023 de 13h30 à 16h00
- Le 13 juillet 2023 de 09h00 à 12h00

Pour les candidats ayant confirmé définitivement leur admission entre le 11 juillet et le 20 août 2023 :

- Du 07 au 11 août 2023 de 09h00 à 16h00
- Du 17 au 18 août 2023 de 13h30 à 16h00
- Le 25 août 2023 de 09h00 à 12h00

La rentrée scolaire aura lieu :

- Le lundi 04 septembre 2023
- Le lundi 05 février 2024

Une pré-rentrée aura lieu le 1^{er} septembre 2023 (l'horaire vous sera transmis ultérieurement).

Dans l'attente de vous recevoir, je vous adresse, Madame, Monsieur, mes sincères salutations.



Laurence Lenoire
Directrice des Instituts de Formation

LISTE DES PIÈCES À FOURNIR FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

RENTRÉE SEPTEMBRE 2023

RENTRÉE FÉVRIER 2024

1/ DOSSIER IFSI (à constituer en respectant l'ordre ci-dessous)

- La fiche de renseignements dûment complétée (*pages 4 et 5*)
 - 1 CV **détaillé**
 - 2 photos d'identité (indiquez vos nom, prénom et promotion au dos)
 - 1 chèque de 170 € correspondant aux droits d'inscription universitaire année 2023-2024 à l'ordre de « régie de recettes IFSI – CH SUD 77 »
 - 1 photocopie de la carte d'identité **ou** du passeport **ou** du titre de séjour en cours de validité (recto/verso lisibles sur une page format A4), l'original sera à présenter les jours de l'inscription
 - 1 photocopie du diplôme ayant permis l'inscription (BAC, DEAS ...), l'original sera à présenter le jour de l'inscription
 - 1 photocopie du relevé de notes du baccalauréat (où doit figurer le numéro INE), l'original sera à présenter le jour de l'inscription
 - 1 photocopie de l'attestation d'assurance maladie
 - L'autorisation « Droit à l'image » et « Information sur le recueil des données » (*page 7*)
 - 1 attestation d'assurance « Responsabilité Civile » (compris dans l'assurance habitation)
 - 1 attestation d'assurance « Responsabilité Civile Professionnelle »
(Il doit être mentionné « **étudiants couverts pour les stages cliniques intra et extra hospitaliers** »)
 - 1 photocopie de la J.D.C (Journée Défense et Citoyenneté) ou J.A.P.D (Journée d'Appel de Préparation à la Défense)
 - 1 photocopie de l'attestation de Contribution à la Vie Etudiante et de Campus (C.V.E.C)
- ➔ Elle doit être acquittée par tous les étudiants en formation initiale et les personnes inscrites à pôle emploi qu'elles soient indemnisées ou non.
- Ne doivent pas s'en acquitter les étudiants salariés en formation continue.
 - Les étudiants boursiers seront remboursés sur notification de la bourse.
- Inscription et règlement en ligne sur www.messervices.etudiant.gouv.fr**

Le dossier médical (page 10-11-12-13)

→ **Attention, l'immunisation liée à la vaccination de l'hépatite B peut prendre du temps pour obtenir un résultat satisfaisant. Vous devez donc rapidement prendre rendez-vous auprès d'un médecin.**

Les demandes de dispense d'Unités d'Enseignement (U.E.)

La réglementation (Cf. articles 7 et 8 de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier modifié) prévoit que les personnes admises en formation peuvent faire l'objet de dispenses d'unités d'enseignements ou de semestres par le directeur d'établissement, après décision de la section compétente pour le traitement pédagogique des situations individuelles des étudiants, au regard de leur formation antérieure validée, des certifications, titres et diplômes obtenus et de leur parcours professionnel.

Si vous souhaitez formuler une demande de dispense d'enseignement, vous devez fournir au **moment de votre inscription** :

- une demande écrite **motivée et argumentée, en stipulant les unités d'enseignement dont vous souhaitez être dispensés.**
- La copie d'une pièce d'identité
- Une copie des diplômes avec les notes obtenues pendant le parcours de formation sur chaque unité d'enseignement (dossier scolaire)
- Le cas échéant, une attestation de validation d'E.C.T.S. de moins de 3 ans.
- Un curriculum vitae
- Le cas échéant, le(s) certificat(s) du ou des employeurs attestant de l'exercice professionnel.
- une attestation de niveau langue B2 française pour les candidats étrangers.

Les demandes d'aménagement d'études

Les étudiants peuvent solliciter un aménagement de leurs études auprès de la section compétente pour le traitement pédagogique des situations individuelles de l'institut dès lors que leur situation le justifie au titre de l'un des cas de figure suivants :

- **activités complémentaires aux études** : étudiants salariés qui justifient d'une activité professionnelle d'au moins 10 heures par semaine en moyenne dans les six derniers mois, étudiants engagés dans plusieurs cursus, étudiants entrepreneurs, artistes et sportifs de haut niveau et étudiants exerçant les activités mentionnées à l'article L. 611-11 du code de l'éducation ;

- **situations personnelles particulières** : femmes enceintes, étudiants chargés de famille ou en situation de proche aidant, étudiants en situation de handicap, étudiants à besoins éducatifs particuliers, étudiants en situation de longue maladie.

La section compétente pour le traitement pédagogique des situations individuelles détermine les possibilités d'aménagement de déroulement des études pour tenir compte des différents cas de figure mentionnés aux deux alinéas précédents. Elle propose, pour chacun des dossiers qui lui sont soumis, des aménagements qui peuvent porter, en fonction des besoins, sur l'emploi du temps, la durée du cursus d'études ainsi que sur les modalités d'enseignement et de contrôle des connaissances et des compétences, par le biais notamment des technologies numériques dont dispose l'établissement. Ces aménagements font l'objet d'un contrat pédagogique annuel signé par l'étudiant et la direction de l'institut de formation.

La demande est à déposer au moment de l'inscription (demande écrite et argumentée) accompagnée de toutes les pièces justificatives en votre possession. Un entretien avec la directrice de l'institut sera programmé dans les jours suivant la rentrée.

2/ DOSSIER PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE DE LA FORMATION (page 6)

- certificat de scolarité de l'année précédente (si scolarisé)
ou
- attestation de prise en charge de l'employeur
ou
- attestation d'inscription à Pôle Emploi (datant de moins de six mois)
ou
- attestation de la C.A.F si R.S.A
ou
- attestation du service civique si ce dernier a été achevé par l'étudiant dans un délai d'un an avant l'entrée en formation
ou
- justificatif relatif à la mobilisation du compte personnel de formation (C.P.F)
ou
- contrat d'apprentissage si apprenti avant l'entrée en formation

3/ DOSSIER INDEMNITÉS DE STAGE (uniquement pour les étudiants non pris en charge par leur employeur)

- La fiche de renseignements dûment complétée (page 8)
- 1 photocopie de la carte d'identité **ou** du passeport **ou** du titre de séjour en cours de validité (recto/verso lisibles sur une page format A4)
- 1 relevé d'identité bancaire **au nom de l'étudiant**
- 1 copie de votre carte de sécurité sociale (numéro personnel)
- 1 copie du livret de famille (à fournir si vous êtes marié(e), et/ou avez des enfants)
- 1 copie de votre certificat d'immatriculation et l'attestation de prêt de véhicule (page 9) si celui-ci n'est pas à votre nom (remplie et signée par le propriétaire)

FICHE DE RENSEIGNEMENTS FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

RENTREE SEPTEMBRE 2023 RENTREE FEVRIER 2024 Monsieur Madame

Nom de naissance :

Nom d'épouse :

Prénoms :

Adresse complète pendant la scolarité :

Code postal : Ville :

Tél domicile : Tél portable :

Email :

Date de naissance : Département de naissance :

Lieu de naissance : N° de Sécurité Sociale : _____/____

Nationalité :

Adresse complète hors périodes de scolarité (si différente) :

Code postal : Ville :

Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél domicile : Tél portable :

SITUATION FAMILIALE :Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Enfant(s) : OUI NON

Si oui, nombre d'enfants :

VOTRE MOYEN DE LOCOMOTION :Vous êtes titulaire du permis B: OUI NON En cours Voiture Moto Transports en communs

QUEL EST VOTRE NIVEAU SCOLAIRE A L'ENTREE EN FORMATION :

- classe de 2^{ème} ou 3^{ème} cycle de l'enseignement supérieur
- 1^{ère} ou 2^{ème} année de D.E.U.G, D.U.T, B.T.S, école des formations sanitaires et sociales
- terminale
- autre

QUEL EST VOTRE NIVEAU DE CERTIFICATION MAXIMUM AU MOMENT DE L'ENTREE EN FORMATION :

- Niveau 1 (sans niveau spécifique)
- Niveau 2 (sans diplôme ou diplôme du brevet)
- Niveau 3 (C.A.P, B.E.P)
- précisez le diplôme tenu obtenu :*
- Niveau 4 (B.P, B.T, Bac Général, Bac professionnel, Bac technologique)
- précisez le diplôme tenu obtenu :*
- Niveau 5 (B.T.S, D.U.T...)
- précisez le diplôme obtenu :*
- Niveau 6 (Licence, Master 1)
- précisez le diplôme obtenu :*
- Niveau 7 (Master 2, grade Master)
- précisez le diplôme obtenu :*
- Niveau 8 (Doctorat,...) :
- précisez le diplôme obtenu :*

Année d'obtention du dernier diplôme :

Titulaire de la reconnaissance de travailleur handicapé : oui non

Situation avant d'entrer à l'IFSI permettant de déterminer ou non l'éligibilité à la subvention du Conseil Régional :

<input type="checkbox"/> Jeunes de moins de 26 ans en poursuite d'études sans interruption (y compris ceux ayant un contrat de travail étudiant).
<input type="checkbox"/> Jeunes de moins de 26 ans avec interruption de scolarité de moins de 2 ans avant le démarrage de la formation.
<input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi (catégorie A et B) inscrit à Pôle emploi depuis 6 mois au minimum à l'entrée en formation dont le coût de formation n'est pas pris en charge par Pôle emploi. Identifiant pôle emploi : Date d'inscription : ___ / ___ / ____ Département/Ville de votre agence P.E : _____ Nom et adresse mail de votre conseiller : Etes-vous indemnisé(e) par pôle emploi ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bénéficiaire d'un P.E.C (Parcours Emploi Compétences) . (indiquez ci-dessous le type et la durée du contrat) :
<input type="checkbox"/> Bénéficiaire du R.S.A (Revenu de Solidarité Active)
<input type="checkbox"/> Jeunes dont le service civique s'est achevé dans un délai d'un an avant l'entrée en formation
<input type="checkbox"/> Salarié bénéficiant de la formation professionnelle (indiquez ci-dessous le nom et l'adresse de l'employeur et la date d'entrée dans l'établissement) :
<input type="checkbox"/> Apprenti (indiquez ci-dessous le nom et l'adresse de l'employeur et la date d'entrée dans l'établissement) :
<input type="checkbox"/> Autre (à préciser ci-dessous : C.P.F, autofinancement...) :

Les informations relatives à l'éligibilité à la subvention du Conseil Régional sont disponibles sur notre site internet [www.ch-sud-seine-et-marne.fr/instituts de formation/IFSI-modalités de sélection](http://www.ch-sud-seine-et-marne.fr/instituts-de-formation/IFSI-modalites-de-selection).

Je soussigné(e), _____ atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document et des pièces jointes à mon dossier d'inscription.

Fait à _____ le _____

Signature :

AUTORISATION DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e) -----
Promotion : -----
Domicilié(e) à : -----

- Accepte d'être pris(e) en photo et filmé(e) dans le cadre de séquences pédagogiques à l'institut de formation en soins infirmiers pendant toute la durée de ma formation :

• OUI NON

- Autorise la publication de ces images dans les travaux scolaires à but pédagogique au sein de l'institut de formation :

• OUI NON

L'institut de formation s'engage à ne pas diffuser ces images, hors de l'institut, et à présenter mon image dans le respect des droits et de ma personne pour toute diffusion.

Fait à _____ le _____ signature

N. B. : Vous pouvez à tout moment revenir sur cette autorisation en adressant un courrier à l'institut de formation.

INFORMATION SUR LE RECUEIL DES DONNÉES

L'article 81 de la loi du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels prévoit la transmission, de la part des organismes de formation aux financeurs, de certaines données de leurs apprenants (identification, mail, statut à l'entrée en formation...).

Le traitement de ces données a pour objet la gestion des demandes de subvention des instituts de formation et le suivi des apprenants, tout particulièrement ceux bénéficiant d'un financement de la région.

Les données sont conservées pendant toute la durée nécessaire au suivi des formations. A l'issue de cette conservation, les données sont archivées, supprimées ou anonymisées.

Vous pouvez accéder et obtenir copie des données vous concernant, les faire rectifier et, sous certaines conditions, les faire effacer. Vous disposez d'un droit à la limitation du traitement de vos données. Vous disposez également du droit de vous opposer à tout moment, pour des raisons tenant à votre situation particulière, au traitement de ces données auprès du : Délégué à la protection des données de la région Ile-de-France : dpo@iledefrance.fr ou Région Ile-de-France, pôle juridique achats données, à l'attention du Délégué à la protection des données – 2 rue Simone Veil – 93400 Saint-Ouen.

Je certifie avoir pris connaissance des informations ci-dessous concernant le recueil des données.

Fait à _____ le _____ signature

FICHE DE RENSEIGNEMENTS POUR INDEMNITÉS DE STAGE

Promotion	
Nom et prénom	
Adresse complète	
Téléphone	
Date et lieu de naissance	
Nationalité	
Numéro d'immatriculation à la sécurité sociale et adresse du centre de sécurité sociale	
Vous êtes : <i>Cochez impérativement la case correspondant à votre situation</i>	<input type="checkbox"/> étudiant avec revenu : A.R.E par Pôle emploi, R.S.A <input type="checkbox"/> étudiant sans revenu

Situation familiale : (rayer les mentions inutiles)

Marié(e)	Célibataire	Veuf(ve)	Divorcé(e)	Séparé(e)	Vie maritale
Date :		Date :	Date :	Date :	Date :

Conjoint : NOM – Prénom :

Profession :

Employeur :

Enfant(s) à charge : (fournir la copie du livret de famille)

NOM(S)	Prénom(s)	Date(s) de naissance

Êtes-vous reconnu travailleur handicapé ? NON OUI (Si oui, fournir la notification de la M.D.P.H)

Fait à _____ le _____ Signature :

ATTESTATION DE PRÊT DE VÉHICULE ANNÉE 2023-2024

Je soussigné(e) Madame, Monsieur :

Certifie prêter le véhicule immatriculé :

A Madame, Monsieur :

Etudiant (e) en soins infirmiers : Promotion de février septembre

1^{ère} année 2^{ème} année 3^{ème} année

Fait à

le

Signature :

DOSSIER MÉDICAL

L'étudiant(e)

- Nom de naissance
- Nom d'usage
- Prénom
- Date de naissance
- Situation Familiale
- Adresse
-
- Téléphone
- Adresse mail
- N° de sécurité sociale

Vous avez choisi un métier de soins qui exige de répondre à certains critères de santé physique et psychologique. Ces documents recensent l'ensemble des éléments obligatoires pour votre dossier de rentrée scolaire. Conformément à l'arrêté du 21/04/2007 modifié relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux.

➤ Vous devez fournir au plus tard le premier jour de l'entrée en formation :

- ↳ le certificat d'aptitude physique et psychologique (page 11) établi par un médecin agréé.
- ↳ le certificat de vaccinations et d'immunisation (page 12) rempli par le médecin de votre choix.

CERTIFICAT D'APTITUDE ÉTABLI PAR UN MÉDECIN AGRÉÉ



Je soussigné, Docteur.....

Médecin agréé par la préfecture du département.....

Exerçant à.....

Certifie que M. ou Mme

Né(e) le.....

Demeurant à.....

.....

ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession d'infirmier(e).

Fait le à

Signature et cachet du médecin

CERTIFICAT DE VACCINATIONS ET D'IMMUNISATION



Je soussigné (e), Docteur

Atteste que M. ou Mme

Né(e) le

a été vacciné(e) contre ↘

VACCINATIONS OBLIGATOIRES POUR L'ENTRÉE EN FORMATION

<input type="checkbox"/> Dtpolio ou <input type="checkbox"/> dTCoqP	Dernier rappel :
HEPATITE B (selon les conditions fixées par l'arrêté du 02 août 2013 au verso)	Immunisé(e) : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Non répondeur (se) après le schéma vaccinal recommandé : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON ↳ dans ce cas, une surveillance annuelle des marqueurs sériques de l'hépatite B sera obligatoire

VACCINATIONS RECOMMANDÉES POUR L'ENTRÉE EN FORMATION

Le décret n°2019-149 du 27/02/2019 a suspendu l'obligation vaccinale par le BCG pour les étudiants et les professionnels des métiers de santé. Le test tuberculinique de référence reste toutefois recommandé.

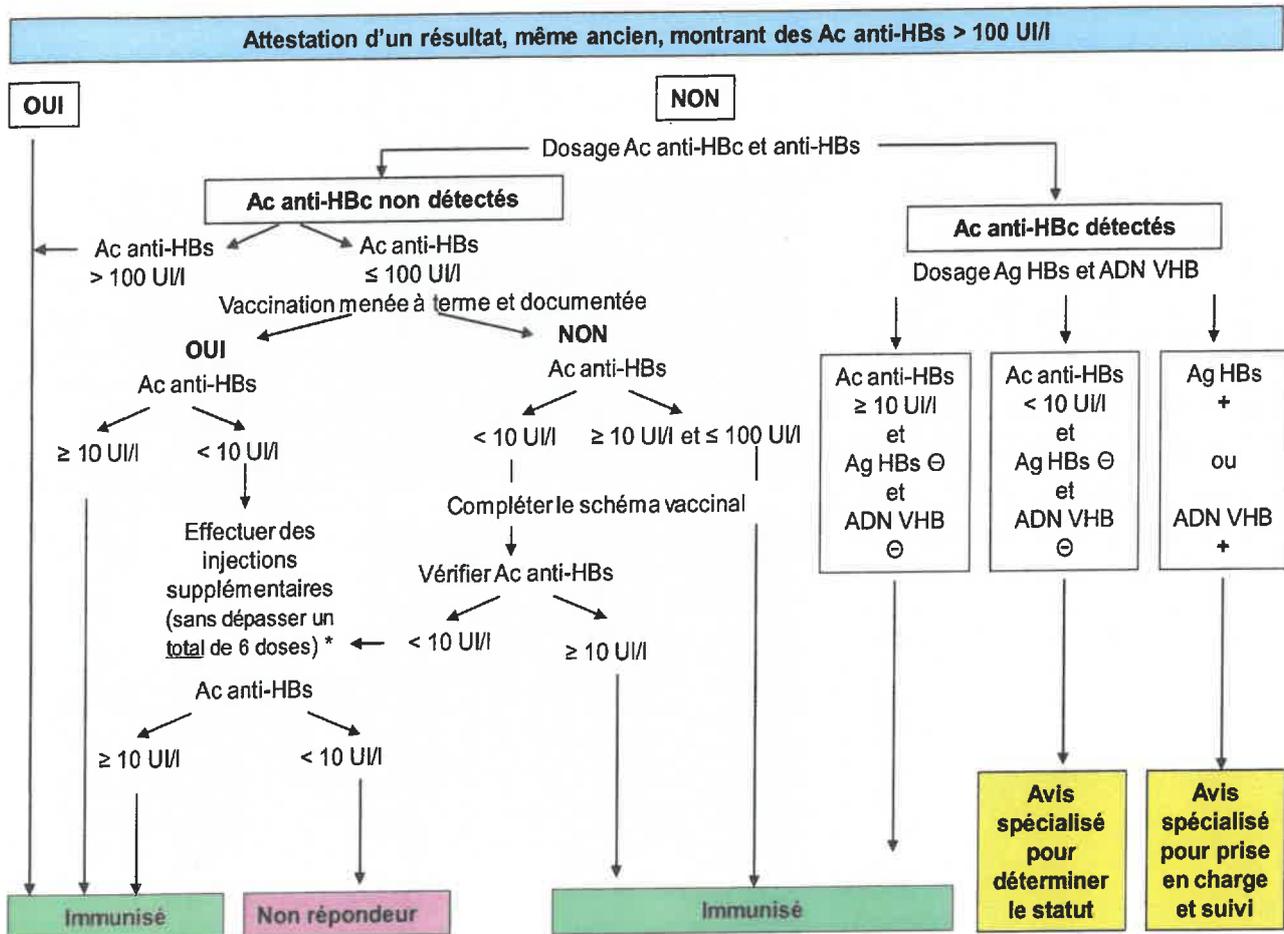
TUBERCULOSE	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Tubertest (datant de moins de 3 mois) →	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
ROUGEOLE	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
VARICELLE	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
COQUELUCHE	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Remis en main propre à l'intéressé(e) pour faire valoir ce que de droit.

Fait le :à.....

Signature et cachet du médecin

Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 et dont les conditions sont fixées par l'arrêté du 2 août 2013



* Sauf cas particulier voir 4° de l'annexe 2 de l'arrêté

Légende : Ac : anticorps ; Ag : antigène ; VHB : virus de l'hépatite B

Textes de référence

- Articles L.3111-1, L.3111-4 et L.3112-1 du code de la santé publique (CSP)
- Arrêté du 15 mars 1991 fixant la liste des établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins dans lesquels le personnel exposé doit être vacciné, modifié par l'arrêté du 29 mars 2005 (intégration des services d'incendie et de secours)
- Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiques
- Arrêté du 6 mars 2007 relatif à la liste des élèves et étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des autres professions de santé pris en application de l'article L.3111-4 du CSP
- Arrêté du 21 avril 2007 modifié par l'arrêté du 17 avril 2018 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux (Titre III)
- Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L.3111-4 du CSP
- Calendrier vaccinal en vigueur (cf. Site du ministère chargé de la santé : <http://www.sante.gouv.fr/vaccinations-vaccins-politique-vaccinale.html>)