

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

LISTE DES PIÈCES À FOURNIR
FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

RENTRÉE SEPTEMBRE 2026 ☐

↳ Promotion septembre 2026-2029

RENTRÉE FÉVRIER 2027 ☐

↳ Promotion février 2027-2030

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

☐ La fiche de renseignements ci-joint complétée (pages 2 et 3)

☐ 1 C.V.

☐ 1 justificatif d'inscription à l'université Paris Est Créteil pour l'année 2026/2027 (certificat de scolarité ou attestation d'inscription).

☐ 1 photocopie de la carte nationale d'identité **ou** du passeport pour les membres de l'E.E.E. **ou** du titre de séjour en cours de validité (recto/verso lisibles sur une page format A4)

☐ 1 photocopie du relevé de notes du baccalauréat (où doit figurer le numéro I.N.E.) ou 1 photocopie du diplôme ayant permis l'inscription (baccalauréat, diplôme équivalent ...). **L'original** du ou des diplôme-s sera à présenter au moment de l'inscription à l'institut. Pour les néo-bacheliers une photocopie du baccalauréat devra être fournie dès réception de celui-ci.

☐ 1 attestation d'assurance « responsabilité civile » (compris dans l'assurance habitation)

☐ 1 attestation d'assurance « responsabilité civile professionnelle »
(Couverture des **risques dans le cadre des études paramédicales pour les stages cliniques intra et extra hospitaliers**)

2/ DOSSIER PRISE EN CHARGE DU COÛT DE LA FORMATION (page 4)

☐ Certificat de scolarité de l'année précédente (si scolarisé)

Ou

☐ Attestation de prise en charge de l'employeur

Ou

☐ Attestation d'inscription à France travail (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-e 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 MEDICAL (pages 5 et 6)

☐ Le certificat de vaccinations et d'immunisation ci-joint complété (pages 5 et 6)

↳ 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.

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS
FORMATION EN SOINS INFIRMIERS**

RENTRÉE SEPTEMBRE 2026 ☐

↳ Promotion septembre 2026-2029

RENTRÉE FÉVRIER 2027 ☐

↳ Promotion février 2027-2030

Monsieur ☐

Madame ☐

Nom de naissance :

Nom d'épouse :

Prénoms :

Adresse complète **pendant la scolarité** :

Code postal : Ville :

Tél. domicile : Tél. portable :

E-mail :

Date de naissance : Département de naissance :

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

Nationalité :

Numéro de sécurité sociale

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 :

MOYEN DE LOCOMOTION :

Titulaire du permis B: OUI ☐

NON ☐

En cours ☐

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

Voiture ☐ Moto ☐ Transports en communs ☐

NIVEAU SCOLAIRE AVANT L'ENTRÉE 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

NIVEAU DE CERTIFICATION MAXIMUM A L'ENTRÉE 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 obtenu :
- ☐ Niveau 4 (B.P, B.T, Baccalauréat)
Précisez le diplôme obtenu :
- ☐ Niveau 5 (Bac + 2, B.T.S, D.U.T...)
Précisez le diplôme obtenu :
- ☐ Niveau 6 (Licence)
Précisez le diplôme obtenu :
- ☐ Niveau 7 (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
(Joindre l'attestation)

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

**SITUATION AVANT L'ADMISSION A L'I.F.S.I. / ÉLIGIBILITE À LA
SUBVENTION DU CONSEIL REGIONAL**



☐ **Jeunes de moins de 26 ans** en poursuite d'études sans interruption ou avec interruption de scolarité de moins de 2 ans

☐ **Demandeur d'emploi (catégorie A et B) inscrit à France travail à l'entrée en formation** dont le coût de formation n'est pas pris en charge par France travail.

Identifiant France travail :

Date d'inscription : ____ / ____ / ____

Département/Ville de votre agence France travail : _____

Nom et adresse mail de votre conseiller :

Etes-vous indemnisé-e par France travail ? oui ☐ non ☐

☐ **Bénéficiaire d'un P.E.C (Parcours emploi compétences).**

(Indiquez ci-dessous le type et la durée du contrat) :

☐ **Bénéficiaire du R.S.A (Revenu de solidarité active)**

☐ **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) :

☐ **Autre**

(A 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.

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 :

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

CERTIFICAT DE VACCINATIONS ET D'IMMUNISATION



Je soussigné-e, Docteur

Atteste que l'étudiant-e (Nom et prénom)

Né-e le

A été vacciné-e contre :

VACCINATIONS OBLIGATOIRES POUR L'ENTRÉE EN FORMATION

☐ DTPolio ou ☐ DTCoqP	Date du dernier rappel :
HÉPATITE B (selon les conditions fixées par l'arrêté du 02 août 2013 au verso)	Immunisé-e : ☐ OUI ☐ NON Date de la dernière sérologie : Non répondeur-se après le schéma vaccinal recommandé : ☐ OUI ☐ NON Dans ce cas, une surveillance annuelle des marqueurs sériques de l'hépatite B sera obligatoire

VACCINATIONS RECOMMANDÉES POUR L'ENTRÉE ET PENDANT LA 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	☐ OUI	☐ NON
Tuber test (datant de moins de 3 mois) →	☐ OUI	☐ NON
ROUGEOLE	☐ OUI	☐ NON
VARICELLE	☐ OUI	☐ NON
COQUELUCHE	☐ OUI	☐ NON
COVID 19	☐ OUI	☐ NON
GRIPPE	☐ OUI	☐ NON

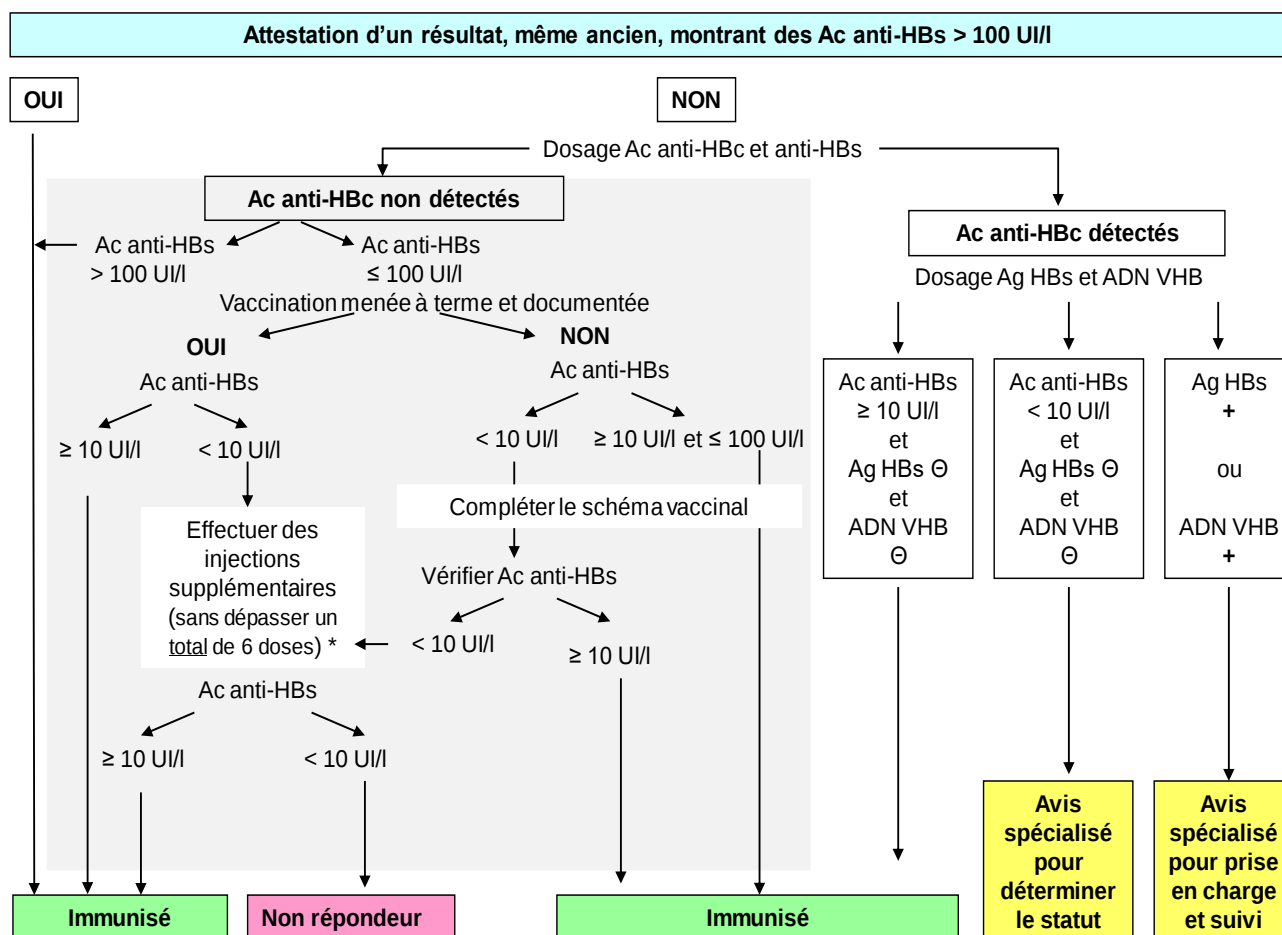
Remis en main propre à l'intéressé-e pour faire valoir ce que de droit.

Fait le : À

Signature et cachet du médecin

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

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 tuberculiniques
- 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>)