

**INSCRIPTION ADMINISTRATIVE
 POUR L'ENTREE EN FORMATION PREPARANT AU DIPLOME D'ETAT D'INFIRMIER
 CANDIDATS PARCOURSUP 2022**

ADRESSE DE L'INSTITUT DE FORMATION	Instituts de Formation IFSI – IFAS – IFAP Centre Hospitalier Intercommunal Robert Ballanger 93602 Aulnay-sous-Bois Cedex Téléphone secrétariat : 01 49 36 71 10 Courriel : rb.secret.ifsi@ght-gpne.fr Site : www.ch-aulnay.fr
DOSSIER DISPONIBLE	- A partir du 2 juin 2022 sur le site www.ch-aulnay.fr – onglet IFSI
PERIODES D'INSCRIPTION	- Du jeudi 2 juin 2022 au vendredi 15 juillet 2022 - Pour la phase complémentaire : consulter PARCOURSUP
INSCRIPTION EN FORMATION	- Sur place à l'IFSI du lundi au vendredi, - Sur rendez-vous auprès de Madame Cathy DA CRUZ : 01 49 36 71 10 - Se munir des documents originaux et des photocopies exigées dans le dossier d'inscription Tout dossier incomplet sera rejeté.
RENTREE SCOLAIRE	- Pré-Rentrée : vendredi 2 septembre 2022 (horaires communiqués ultérieurement) - Rentrée scolaire : Lundi 5 septembre 2022 à 9h30 La présence à ces 2 dates est obligatoire
FINANCEMENT DE LA FORMATION	- Se référer à la page 3 pour la prise en charge financière

INFORMATIONS INCLUSION HANDICAP : Les candidats en situation de handicap peuvent demander lors du dépôt de leur dossier d'inscription un aménagement des conditions d'accueil.

Contact : **01.49.36.71.10** : Mme Marie-Noëlle CHERON (poste 5273) ou Mme Léna VOISIN (poste 5596)

E-mail : rb.ifsi.handicap@ght-gpne.fr

PIECES A FOURNIR POUR LE DOSSIER D'INSCRIPTION

1. **Une lettre manuscrite** confirmant votre inscription.
2. **La fiche d'inscription** ci-jointe dûment complétée (**pages 7 et 8**).
3. **Un chèque bancaire ou postal de 170 Euros**, établi à l'ordre du **Trésor Public**.
Ce paiement reste acquis à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers en cas de désistement.
Si le chèque n'est pas au nom du candidat, joindre la photocopie de la pièce d'identité du titulaire du compte bancaire.
4. **Deux photos d'identité** (taille standard : 3,5 x 4,5 cm, tête nue, de face et sur fond blanc, conformément à la réglementation relative aux photographies de pièce d'identité).
Noter au verso des photos vos nom de naissance - prénoms et **coller une photo** sur la fiche d'inscription.
5. **Deux photocopies de la carte d'identité ou titre de séjour en cours de validité** (recto/verso sur même page)
6. **Deux photocopies recto-verso de l'attestation de droits à l'assurance maladie en cours de validité** (ou celle de la personne dont vous êtes ayant droit) et indiquer **l'adresse complète** de votre centre de rattachement, si celle-ci n'est pas précisée sur l'attestation.
7. **L'attestation d'acquiescement de la C.V.E.C (Contribution de Vie Etudiante et de Campus)**.
Pour obtenir cette attestation, vous devez vous connecter sur le site www.messervices.etudiant.gouv.fr ouvrir un compte MSE (Mes Services Etudiant) et vous acquiescer de la C.V.E.C (tarif 2021-2022 : 92€, sous réserve de modification).
8. **La photocopie de votre titre d'accès sur Parcoursup :**
 - Diplôme du baccalauréat (pour les bacheliers antérieurs à 2022)
 - ou Relevé de notes ou attestation de réussite pour les bacheliers de 2022,
 - ou Attestation de validation des **Unités d'Enseignement (U.E.)** de la PACES,
 - ou Décision du Jury Régional de Présélection ou Diplôme d'Accès aux Etudes Universitaires (D.A.E.U.)
 - ou Diplôme étranger accompagné de l'équivalence délivrée par le Centre ENIC de Sèvres (92) sur laquelle figure la mention que **votre diplôme permet l'accès à l'université dans le pays où il a été délivré. Sans cette précision, l'attestation ne pourra pas être prise en compte.**
9. **Deux Relevés d'Identité Bancaire originaux à votre nom.**
10. **Une adresse e-mail créée et dédiée pour toute la durée de la formation.**
Elle devra comporter les éléments suivants : prenom.nom2022@opérateur ex : andre.dupont2022@gmail.com
11. **Une attestation d'assurance responsabilité civile à votre nom :**
Elle devra **couvrir au minimum la première année** (Sept. 2022 à Août 2023) et **comporter les mentions : « accidents corporels causés aux tiers, accidents matériels causés aux tiers, dommages immatériels et couverture stages paramédicaux en milieu hospitalier (ou extra-hospitalier) ».**
12. Si vous étiez scolarisé durant l'année 2021/2022, **la photocopie de votre certificat de scolarité.**
13. Si vous êtes inscrit à une mission locale, **une fiche de liaison originale** précisant la date d'inscription.
14. Si le coût de votre formation est pris en charge par un employeur, un autre organisme financeur (TRANSITION PRO : ex FONGECIF, ANFH, ...), votre Compte Personnel de Formation (C.P.F.) : fournir **l'attestation de prise en charge** de l'employeur ou de l'organisme.
15. Si vous êtes inscrit au Pôle-Emploi **indemnisé ou non**, **une photocopie de l'avis de situation** précisant la **date d'inscription au Pôle-Emploi, la catégorie de demandeur d'emploi (A ou B)**, ainsi que la **date de début et de fin de droit.**

PRISE EN CHARGE FINANCIERE DE LA FORMATION

La Région Île-de-France **participe aux frais de scolarité** des formations sanitaires et sociales en versant **une subvention aux établissements**. Cette participation, qui dépend du statut et du parcours scolaire et/ou professionnel des étudiants, permet de réduire le coût d'une formation.

➤ **Sont éligibles au financement par le conseil régional :**

- Les élèves et étudiants de 25 ans et moins, inscrits ou non en mission locale, à l'exception des apprentis,
- Les élèves et étudiants sortis du système scolaire depuis moins de 2 ans, à l'exception des apprentis,
- **Les demandeurs d'emploi catégories A et B, inscrits à Pôle emploi depuis 6 mois minimum et dont le coût de formation n'est pas pris en charge par Pôle Emploi,**
- Les bénéficiaires d'un Parcours Emploi Compétence (PEC), y compris en cas de démission,
- Les bénéficiaires du RSA,
- Les élèves et étudiants dont le service civique s'est achevé dans un délai de 1 an avant l'entrée en formation.

➤ **Pour informations complémentaires, consulter :**

<https://www.iledefrance.fr/formations-sanitaires-et-sociales>

➤ **Si vous appartenez à l'une des catégories suivantes et que vous ne bénéficiez pas d'une prise en charge de votre employeur ou de tout autre organisme financeur, vous devrez vous acquitter des frais de formation d'un montant minimum de 8.500 € T.T.C. par année de formation (montant correspondant à l'année 2022/2023, sous réserve de réévaluation pour les scolarités 2023/2024 et 2024/2025) :**

Les agents publics (y compris en disponibilité),

- Les salariés du secteur privé (y compris en disponibilité),
- **Les démissionnaires, sauf les bénéficiaires d'un contrat aidé avant l'entrée en formation,**
- **Les demandeurs d'emploi ayant mis fin à un contrat de travail par démission ou rupture conventionnelle dans les 6 mois précédant l'entrée en formation,**
- Toute personne ayant bénéficié d'une prise en charge partielle par le CPIR (anciennement FONGECIF),
- Les abandons intervenus dans le mois suivant l'entrée en formation,
- Les apprentis,
- Les effectifs des préparations aux concours,
- Les personnes en validation des acquis de l'expérience,
- Les passerelles,
- Les médecins étrangers.

➤ **A NOTER :**

1-Pour les étudiants en autofinancement, une convention bipartite entre l'apprenant et l'Institut de Formation, précisant les modalités de paiement, sera établie au moment de l'inscription.

2-Le versement de la 1ère échéance de 2 550 € (30% de 8 500 €) sera exigible pour les étudiants en autofinancement, le jour de la rentrée.

➤ La formation infirmière est éligible au Compte Personnel de Formation (CPF).

<https://www.of.moncompteformation.gouv.fr/espace-prive/html/#/landing>

CONDITIONS MEDICALES D'ENTREE EN FORMATION

IMPORTANT

DOSSIER MEDICAL :

L'admission définitive est subordonnée à la production, au plus tard le jour de la rentrée :

1. d'un certificat médical émanant d'un **médecin agréé** par l'Agence Régionale de Santé (ARS) attestant que le candidat n'est atteint d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession d'infirmière
<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/listes-de-medecins-agrees-en-ile-de-france>
2. d'un certificat médical attestant que le candidat remplit les obligations d'immunisation et de vaccination.
 - **Vaccinations obligatoires** (Article L.3111-4 du code de la santé publique) :
Hépatite B – Diphtérie – Tétanos – Poliomyélite.
 - **Vaccinations recommandées** par le Haut Comité de Santé Publique :
Coqueluche – rougeole – grippe saisonnière – rubéole – varicelle
 - **Vaccination Covid : passe vaccinal complet valide à fournir.**

Important : N'attendez pas l'admission pour prendre contact avec votre médecin traitant car 6 mois sont à prévoir pour effectuer le protocole complet des vaccinations.

Attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires

Docteur (Nom Prénom) _____

Titre et qualification _____

Adresse _____

Téléphone : _____

Je, soussigné.e Dr _____, certifie que :

Nom : _____ Prénom : _____ Né.e le ____/____/____

Candidat.e à l'inscription à la formation en soins infirmiers est vacciné.e :

- **Contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite :**

Dernier Rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N° lot

- **Contre l'hépatite B, (Fournir un double des résultats d'analyses du laboratoire pour la sérologie)**

Nom du vaccin	Date	N° lot

Sérologie	Date	Résultats
Ac anti-HBS (> 10 UI/l)		

Selon les conditions définies ci-joint, il/elle est considéré.e comme (**cocher les mentions utiles**) :

- Immunisé.e contre l'hépatite B : oui non
- non répondeur.euse à la vaccination : oui non

- **Contre la tuberculose**

Dans le cas où l'étudiant.e a déjà été vacciné.e, compléter le cadre ci-dessous :

Vaccin intradermique	Date (dernier vaccin)	N° lot

Sont considérées comme ayant satisfait à la vaccination par le BCG (*Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiques, qui détermine les conditions dans lesquelles la cicatrice pourra être considérée comme une preuve d'une vaccination par le BCG.*) :

Les personnes apportant la preuve écrite de cette vaccination ;

Les personnes présentant une cicatrice vaccinale pouvant être considérée comme la preuve de la vaccination par le BCG.

IDR à la tuberculine	date	Résultat (<i>en mm</i>)

Informations ARS Ile de France : A compter du 1er avril 2019, l'obligation d'une vaccination par le BCG est suspendue pour les personnes qui sont inscrites dans les établissements préparant au métier d'aide-soignant, d'auxiliaire de puériculture et d'infirmier. Toutefois, le médecin de santé au travail du lieu de stage apprécie l'exposition au risque de tuberculose.

Une IDR sera pratiquée que s'il y a risque et pas de vaccination antérieure.

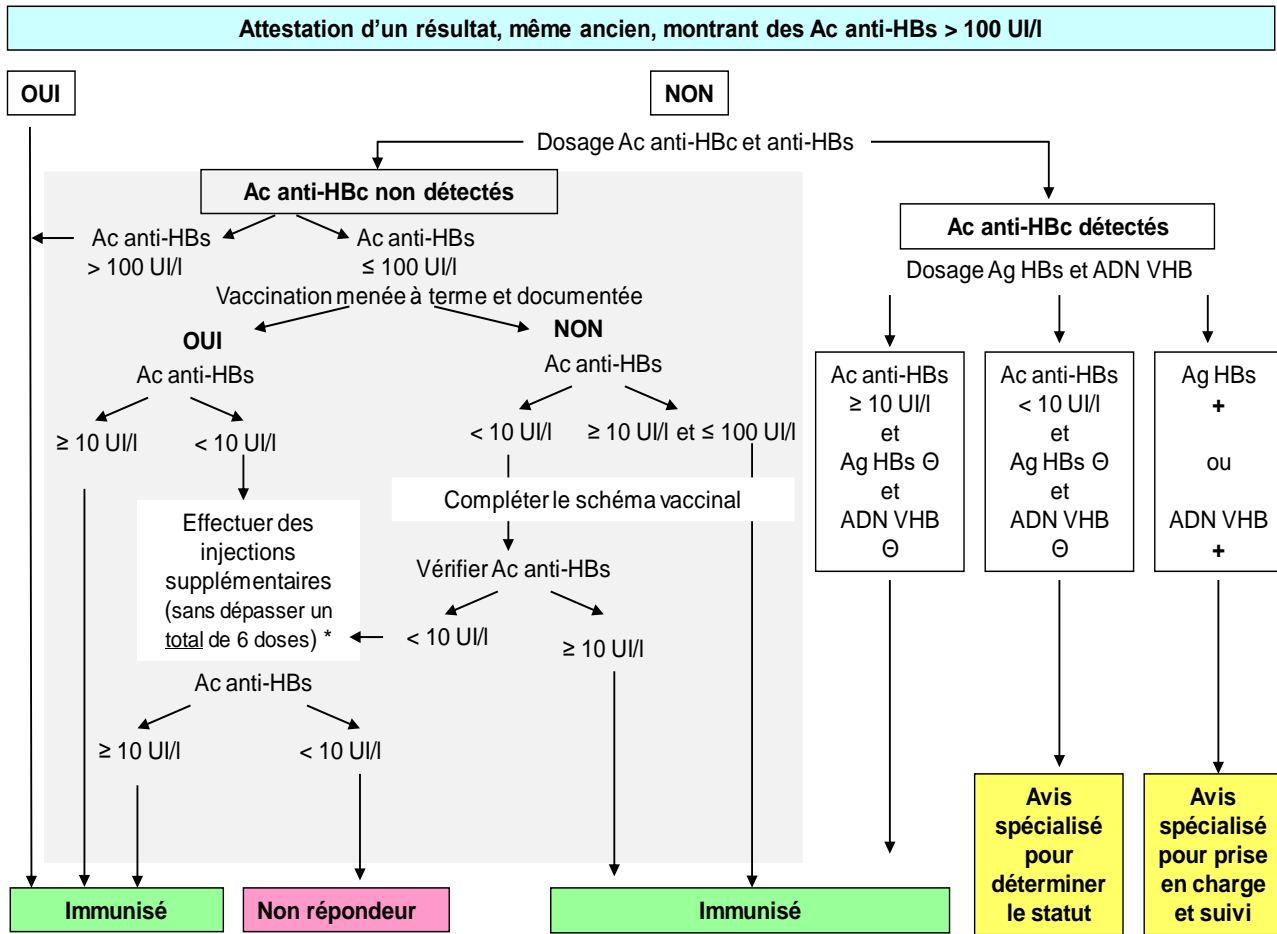
Une vaccination par le vaccin antituberculeux BCG sera proposée au cas par cas aux étudiants possiblement exposés de façon répétée au risque tuberculeux dans le cadre de leurs stages, non antérieurement vaccinés et ayant un test immunologique de référence négatif.

- **Radiologie Pulmonaire obligatoire réalisée (moins de 3 mois) : OUI - NON (Fournir le compte rendu)**

Date, signature et cachet du médecin

Nota bene : Selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour ces professionnels de santé, il est par ailleurs recommandé d'être immunisé contre la coqueluche, la rougeole, la rubéole, la varicelle et la grippe saisonnière.

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



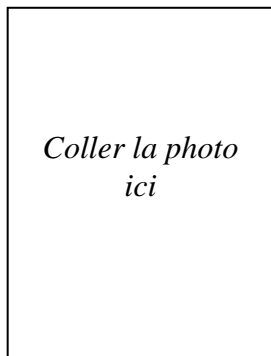
* Sauf cas particulier voir 4° de l'annexe 2 de l'arrêté

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 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.gov.fr/vaccinations-vaccins-politique-vaccinale.html>)

FICHE D'INSCRIPTION
FORMATION PREPARANT AU DIPLOME D'ETAT D'INFIRMIER – SEPTEMBRE 2022



NOM DE NAISSANCE :

PRENOMS :

NOM D'USAGE :

SEXE : MASCULIN FEMININ

NATIONALITE :

Né.e le :/...../..... à : Département/Pays:

SITUATION DE FAMILLE : Célibataire Marié.e Divorcé.e Veuf.ve Pacsé.e

ADRESSE :

Code Postal : Ville :

TELEPHONE FIXE

--	--	--	--	--

TELEPHONE PORTABLE

--	--	--	--	--

ADRESSE E-MAIL POUR LA FORMATION :2022 @
 (Selon modèle proposé)

NIVEAU D'ETUDES ET CERTIFICATS OU DIPLOMES DONT VOUS ETES TITULAIRE :

BACCALAUREAT - Série Année d'obtention :

DIPLOME UNIVERSITAIRE :
 Titre : Année d'obtention :
 Titre : Année d'obtention :
 Titre : Année d'obtention :

Autre diplôme :
 Titre : Année d'obtention :
 Titre : Année d'obtention :

EMPLOIS ANTERIEURS OU EXPERIENCE PROFESSIONNELLES :

Poste occupé : Période :
 Poste occupé : Période :
 Poste occupé : Période :

Vous devez fournir obligatoirement votre numéro INE ou BEA (le numéro identifiant national figure sur votre relevé de notes du baccalauréat (BEA) ou sur votre dernière carte d'étudiante). Si ce n'est pas le cas, contactez votre établissement d'origine. Ce numéro est constitué de 10 chiffres et d'une lettre :

N° INE OU BEA										
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SITUATION SOCIALE ACTUELLE : (au cours des 12 mois précédant l'entrée en formation) Cocher la case correspondante

SALARIE E : Formation au titre de la promotion professionnelle : OUI⁽¹⁾ NON

⁽¹⁾ SI OUI, préciser les coordonnées complètes (adresse et téléphone) de votre employeur financeur :

.....
.....
.....

INSCRIT.E POLE EMPLOI : Date : Indemnisé.e Non indemnisé.e

BENEFICIAIRE D'UN CONTRAT AIDE (CAE, CIE...) Préciser le type :

BENEFICIAIRE DU R.S.A. (EX. API) – Date :

SORTANT DE SCOLARITE : ETUDES : Secondaires (jusqu'au baccalauréat)
 Supérieures, précisez la filière

AUTOFINANCEMENT : oui non

AUTRE Préciser :

SITUATION AU REGARD DE L'ASSURANCE MALADIE : (cocher la case correspondante)

Assuré.e à votre nom - Numéro Sécurité Sociale :

Ayant droit de (préciser le lien de parenté) :

Numéro Sécurité Sociale de l'Assuré.e :

ORIGINE GEOGRAPHIQUE : (Préciser le nom et le numéro du département – Enquêtes institutionnelles)

Département de fin de scolarité :

Département de résidence avant l'entrée en formation :

PERSONNE A CONTACTER : (cocher les cases correspondantes)

M. Mme **NOM (en majuscule) :**

LIEN DE PARENTE : Père Mère Conjoint Autre :

TELEPHONE

--	--	--	--	--

Signature

Date :/...../ 2022