



Madame, Monsieur,

Vous êtes admis à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de l'Hôpital de Villeneuve Saint Georges sous réserve de la constitution de votre dossier d'inscription.

La rentrée scolaire est fixée au **lundi 4 septembre 2023 à 9h30** à l'I.F.S.I.

Les documents suivants sont à nous remettre impérativement avant le 20 avril 2023 :

- La photocopie de la carte d'identité ou passeport en cours de validité (recto-verso),
- La photocopie du titre de séjour valide avec l'original pour les étudiants étrangers,
- La photocopie de votre baccalauréat ou titre admis en équivalence ou attestation de réussite au baccalauréat 2023, (une attestation de comparabilité ENIC NARIC accompagnée de la traduction du diplôme pour les diplômes hors territoire français),
- Une photo d'identité en couleur (avec nom de naissance et prénom inscrits au dos de la photo),
- La photocopie des attestations justifiant les activités et les centres d'intérêts mentionnés dans Parcoursup,
- Une attestation d'acquiescement de la CVEC (Contribution Vie Etudiante et de Campus). Via le site : <https://MesServices.Etudiant.gouv.fr>
- Un certificat médical d'aptitude **établi par un médecin agréé ARS** attestant que vous ne présentez pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession d'infirmier,
- Le tableau des vaccinations ci-joint, dûment complété,
- La photocopie de votre attestation de droit à la Sécurité Sociale avec votre propre numéro ; l'attestation de vos parents n'est pas acceptée,
- Un RIB à votre **nom** et non à celui des parents,
- Un chèque de 170 euros (à l'ordre du TRESOR PUBLIC) correspondant aux frais d'inscription universitaire,
- La fiche de renseignements ainsi que le tableau concernant votre statut à la rentrée de septembre 2023, ci-joints, dûment complétés,
- Une attestation d'assurance couvrant la responsabilité civile : les candidats doivent être garantis pour l'ensemble des risques suivants couvrant la responsabilité civile, **tant lors du stage que des trajets occasionnés par celui-ci : accidents corporels causés aux tiers, accidents matériels causés aux tiers et dommages immatériels.**
- La copie de la prise en charge financière (Pôle Emploi, RSA, Mission locale, Fongécif, employeur, ...) (**Cf. p. 3**),

Les étudiants qui souhaitent faire une demande de bourse doivent se connecter à l'adresse suivante : www.iledefrance.fr/fss à compter du 17 juillet 2023. (**Matricule IFSI : 598hv5**)

L'adjointe au Directeur de l'IFSI

PO



S. VASSELON



DOSSIER D'INSCRIPTION ADMINISTRATIVE 1^{ère} ANNEE – 4 Septembre 2023

NOM Patronymique : PRÉNOMS :
 NOM Marital : Né(e) le :
 Lieu et département de naissance : Nationalité :
 N° Sécurité Sociale : Sexe : Féminin Masculin

Situation de famille :
 Célibataire Marié(e) Vie maritale Séparé(e)/ divorcé(e) Veuf (ve)

Nombre d'enfant(s) à charge : Ages :
 Permis de conduire : Oui Non En cours

Moyens de transport : Bus RER / Métro Véhicule personnel

Avez-vous un proche qui travaille au CHIV : oui non Service :

COORDONNÉES

Adresse à la rentrée 2023	Adresse en Province

Tout changement en cours d'année est à signaler au secrétariat

N° de téléphone :/...../...../...../..... Adresse mail :

PARENTS DU CANDIDATS

NOM/PRENOM du père :
 NOM/PRENOM de la mère :
 Adresse des parents :
 N° de téléphone : / / / /

PERSONNE A PREVENIR en cas d'urgence :

NOM : **PRENOM :**
 N° de téléphone :/...../...../...../.....

TITRE ou DIPLOME présenté pour l'inscription

- Bac : Année :
- Titre ou diplôme admis en équivalence : Année :
- Formation Professionnelle Continue (candidat relevant de 3 ans de cotisation à un régime de protection sociale)

Si vous êtes en situation de handicap, merci de prendre contact sur le mail : secretariat.ifs@chiv.fr, pour obtenir un éventuel aménagement de formation.

RÈGLEMENTATION EUROPÉENNE - RÈGLEMENT GÉNÉRAL SUR LA PROTECTION DES DONNÉES

Conformément à la réglementation européenne en vigueur à partir du 25 mai 2018, nous vous informons que les informations recueillies sont nécessaires à la gestion de votre dossier d'inscription et administratif. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées à l'IFSI de Villeneuve Saint Georges. Conformément à la réglementation, vous disposez d'un droit d'accès aux informations, de rectification, d'oubli et de transmission de vos données. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser au secrétariat de l'IFSI exclusivement par mail (secretariat.ifs@chiv.fr).

D'autre part, nous vous informons que vos données personnelles peuvent être transférées à tout requérant mandaté par les services de l'État (Enquêtes statiques, etc.) si ceux-ci l'exigent, ou si l'IFSI de Villeneuve-Saint Georges en éprouve la nécessité et si une réglementation nous l'impose.

PRISE EN CHARGE DU COUT DE LA FORMATION

La formation en Institut de Formation en Soins Infirmiers a un coût. Ce dernier peut être :

- **Pris en charge par la Région sous certaines conditions** (voir ci-dessous concernant les personnes éligibles ou non à la Région)
- **Financé dans le cadre de la promotion professionnelle ou d'un congé individuel de formation.** Le coût annuel de la formation est de **8200 euros**.
- **Pris en charge individuellement.** Le coût annuel de la formation est de **8200 euros**.

Veillez nous indiquer votre situation en 2023-2024, en prévision de votre prise en charge financière à l'entrée en formation.

- **Effectifs éligibles à la Région** (Dont les frais de formation sont pris en charge)
 - Etudiants en formation initiale (âgés de 25 ans ou moins à l'entrée en formation, sortis du système scolaire depuis moins de 2 ans ou dont le service civique s'est achevé dans un délai d'un an avant l'entrée en formation), Lycéen(ne) en classe de terminale, étudiant(e), et autres études).
Exception faite des apprentis.
(Fournir certificat de scolarité (hors prépa concours) ou carte étudiant)
 - Jeunes âgés de 16 à 25 ans sortis du système scolaire depuis plus d'un an et suivis par une mission locale **(Fournir attestation d'inscription en Mission Locale)**
 - Demandeurs d'emploi (catégorie A ou B) inscrits à Pôle Emploi depuis 6 mois au minimum, dont le coût de formation n'est pas pris en charge ou partiellement par Pôle Emploi. **(Fournir avis de situation mentionnant impérativement votre date d'inscription toujours effective).**
 - Bénéficiaires d'un contrat aidé (CAE, CIE, Contrat Avenir...) avant l'entrée en formation (y compris en cas de démission). **(Fournir copie du contrat aidé)**
 - Bénéficiaires du RSA (ex. API et ex RMI). **(Fournir attestation de paiement RSA)**
- **Effectifs non éligibles à la Région** (Dont les frais de formation ne sont pas pris en charge par le Conseil Régional mais par l'employeur, par un organisme de financement et/ou par l'étudiant)
 - Salariés du secteur public et privé dont le coût sera pris en charge par l'employeur.
Précisez : **(Fournir attestation d'accord de prise en charge de l'employeur).**
 - Salariés en congé individuel de formation dont le coût sera pris en charge totalement ou partiellement par un organisme (ANFH, Fongécif, Unifaf...) **(Fournir attestation de prise en charge de l'organisme financeur).**
 - Salariés en congé de formation ou en disponibilité dont le coût ne sera pas pris en charge. **(Joindre un justificatif).**
 - Démissionnaires (sauf pour les bénéficiaires d'un contrat aidé avant l'entrée en formation). **(Joindre un justificatif)**
 - Autre, préciser : **(Joindre un justificatif).**

Je soussigné(e) certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus. Toute déclaration inexacte, entrainera la perte du bénéfice de l'inscription.

A :, Le Signature :



Dossier d'admission à l'IFSI-IFAS
Certificat médical d'aptitude à l'entrée en formation et certificat de vaccinations obligatoires
(A remplir par le médecin agréé)

- VACCINS OBLIGATOIRES (fournir la copie du carnet de vaccinations) :

- ✓ **D.T.P. ou D.T.P. cog** (entourer le vaccin réalisé) : dernier rappel :/...../.....
- ✓ **HEPATITE B** : date du dernier rappel :/...../.....
- ✓ **SEROLOGIE HEPATITE B** : date :/...../..... Résultat :
- ✓ **COVID**
(Fournir attestation)

Je soussigné(e), Docteur

Certifie avoir examiné M.

Né(e) le :/...../..... **Demeurant à :**

Candidat(e) à la formation :

- Ne présente de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession et au suivi de la formation OUI NON
- Remplit les conditions de vaccinations obligatoires conformément à la réglementation pour servir et faire valoir ce que de droit. OUI Vaccinations en cours

Date du certificat :

Cachet et signature du médecin agréé :



SERVICE DE MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL

Fiche indicative à remettre aux stagiaires et à destination du médecin agréé

Pour la mise à jour des vaccinations OBLIGATOIRES

DTPolio :

Conforme si séquence vaccinale complète et si rappel datant de moins de 20 ans. Sinon faire un rappel.

La coqueluche est conseillée pour tous les stages auprès de nouveaux nés, patients immunodéprimés ou fragiles (Réanimation par exemple).

Hépatite B :

Séquence vaccinale complète = 3 injections, dont les 2 premières à un mois d'intervalle et la troisième à six mois ou 3 injections à un mois d'intervalle et rappel à un an.

Immunisation conforme si :

- Attestation de présence dans le sérum d'anticorps anti-HBs à une concentration supérieure à 100 UI/l (même si résultat ancien).
- Séquence vaccinale complète et sérologie avec taux d'anticorps anti-HBs ≥ 10 UI/l, en l'absence d'Ag HBS.

Immunisation non conforme si :

- Séquence vaccinale complète mais sérologie avec taux d'anticorps anti-HBs < 10 UI/l (conduite à tenir : voir détail cas particulier ** + Arrêté du 2 août 2013 – Annexe II).
- Séquence vaccinale incomplète et taux d'anticorps anti-HBs < 10 UI/l, compléter la vaccination + sérologie à 2 mois (conduite à tenir : voir Arrêté du 2 août 2013 – Annexe I).
- Séquence vaccinale incomplète, mais taux d'anticorps anti-HBs entre 10 et 100 UI/l, compléter la vaccination sans dosage sérologique ultérieur.
- Vaccination non documentée et sérologie avec taux d'anticorps anti-HBs < 100 UI/l (conduite à tenir : Arrêté du 2 août 2013 – Annexe I).

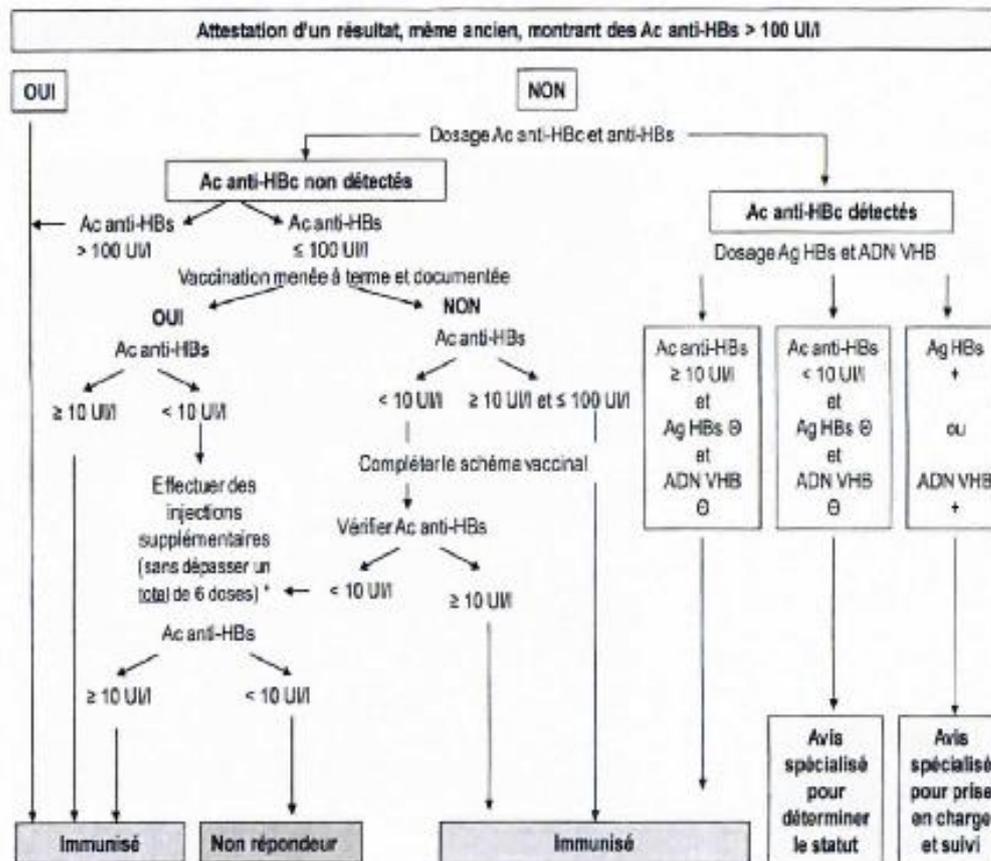
Cas particuliers :

Si, à l'issue du dosage sérologique, le taux d'anticorps anti-HBs est toujours inférieur à 10 UI/l, une dose additionnelle de vaccin contre l'hépatite B est injectée. Un dosage des anticorps anti-HBs est effectué un à deux mois suivant cette injection. Les injections vaccinales pourront ainsi être répétées jusqu'à obtention d'un taux d'anticorps anti-HBs supérieur à 10 UI/l, sans dépasser un total de six injections.

Dans le cas où la personne aurait déjà reçu six doses ou plus en vertu d'un schéma vaccinal précédemment en vigueur, le médecin détermine s'il y a lieu de prescrire l'injection d'une dose de vaccin supplémentaire. Dans l'affirmative, un dosage des anticorps anti-HBs est effectué un à deux mois suivant cette injection ;

Si, à l'issue du dernier dosage le taux d'anticorps anti-HBs est supérieur à 10 UI/l, les personnes concernées sont considérées comme immunisées contre l'hépatite B sans qu'il y ait lieu de réaliser de dosage sérologique ultérieur ni d'injection vaccinale supplémentaire. A défaut, elles sont considérées comme non répondeuses à la vaccination.

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^e 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 tuberculitiques
- 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.gouv.fr/vaccinations-vaccins-politique-vaccinale.html>)



DEMANDE DE REPORT D'ENTRÉE EN FORMATION

Je soussigné(e),,
demande un report d'entrée en formation pour le motif suivant :

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

Fait à, le

Signature