

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 **mardi 1<sup>er</sup> septembre 2026 à 9h30** à l'I.F.S.I.

**Les documents suivants sont à nous remettre impérativement avant le 30 juin 2026 :**

- Le certificat médical des vaccinations obligatoires, ci-joint, dûment complété et signé par un médecin généraliste,
- Une copie de votre carnet de vaccination et une sérologie de l'hépatite B,
- 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,
- La fiche de renseignements ainsi que le tableau concernant votre statut à la rentrée de septembre 2026, 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, Transition Pro, Anfh, employeur) **(Cf. p. 3),**

Les étudiants qui souhaitent faire une demande de bourse doivent se connecter à l'adresse suivante : <https://ma-bourse-sanitaire-ou-sociale.iledefrance.fr> à compter du 15 juillet 2026. (**Matricule IFSI : 598hv5**)

**L'adjointe au Directeur de l'IFSI**



**S. GRENON**

**DOSSIER D'INSCRIPTION 1<sup>ère</sup> ANNEE – 1<sup>er</sup> Septembre 2026**

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 2026	Adresse en Province

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

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

**PARENTS DU CANDIDATS (si mineur)**

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](mailto:secretariat.ifs@chiv.fr), pour obtenir les coordonnées des référents Handicap et Inclusion.**

**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](mailto: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 (convention du 05/02/2025).
- **Financé dans le cadre de la promotion professionnelle ou d'un congé individuel de formation.**  
Le coût pour les trois années de formation est de **25830 euros (montant révisable)**.
- **Pris en charge individuellement.** Le coût pour les trois années de formation est de **25830 euros (montant révisable)**.

**Veillez nous indiquer votre situation en 2026-2027, 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)
  - Les jeunes de moins de 26 ans **en poursuite d'études sans interruption** (y compris ceux ayant un *contrat de travail étudiant*)  
**(Fournir certificat de scolarité (hors prépa concours) ou carte étudiant),**
  - Les jeunes de moins de 26 ans **avec interruption de scolarité de moins de 2 ans** avant le démarrage de la formation  
**(Fournir certificat de scolarité (hors prépa concours) ou carte étudiant),**
  - Les jeunes dont le **service civique** s'est achevé dans un délai d'un an avant l'entrée en formation  
**(Fournir copie du contrat)**
  - Les demandeurs d'emploi sans activité ou en activité réduite, inscrits à France Travail à l'entrée en formation, dont le coût de formation n'est pas pris en charge par France Travail  
**(Fournir attestation de situation France Travail),**
  - Le bénéficiaire d'un **Parcours Emploi Compétence (PEC)**,  
**(Fournir copie du contrat aidé)**
  - Les bénéficiaires du **Revenu de Solidarité Active (RSA)**.  
**(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 via le Compte Professionnel de Formation ou non)
  - Les agents publics (y compris en disponibilité) dont le coût de la formation sera pris en charge par l'employeur ou par un organisme financeur (ANFH, Transition pro...) **(Fournir attestation de prise en charge de l'employeur ou de l'organisme financeur),**  
Nom de l'employeur : .....
  - Les salariés du secteur privé en CDD ou CDI de plus de 78 heures par mois dont le coût de la formation sera pris en charge par l'employeur ou par un organisme financeur (ANFH, Transition pro...) **(Fournir attestation de prise en charge de l'employeur ou de l'organisme financeur),**  
Nom de l'employeur : .....
  - Toute personne ayant bénéficié d'une prise en charge partielle par Transition Pro,
  - Les abandons de formation intervenus dans le mois suivant l'entrée en formation,
  - Les apprentis,
  - Les personnes en Validation des Acquis de l'Expérience (VAE),
  - Les médecins et les sages-femmes diplômés à l'étranger,
  - Les passerelles hormis les étudiants de moins de 26 ans en poursuite d'études.

Pour toutes ces situations, l'inscription à France Travail n'ouvre pas droit à l'éligibilité.

**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 :**

### CERTIFICAT MEDICAL DES VACCINATIONS OBLIGATOIRES

Conformément à l'Article 14 de l'Arrêté du 20 février 2026 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, le dossier d'inscription des candidats relevant de la formation initiale est obligatoirement composé d'un certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France. Les vaccinations sont rendues obligatoires avant le début du premier stage hospitalier

Je soussigné(e) Docteur :

certifie que l'étudiant(e) ci-dessous désigné :

Nom

Prénom

Date de naissance

IFSI de rattachement

est à jour des vaccinations obligatoires suivantes en date du -----

► DIPHTERIE-TETANOS-POLIOMYELITIS	
Vaccination (dates)	Rappel (s) (dates)
1 <sup>ère</sup> injection	
2 <sup>ème</sup> injection	
3 <sup>ème</sup> injection	
	Rappel à prévoir :

► ROUGEOLE	
Vaccination (dates)	Rappel (s) (dates)
1 <sup>ère</sup> injection	Etudiant né avant 1980
2 <sup>ème</sup> injection	Etudiant né après 1980

► HEPATITE B - SCHEMA STANDARD	
L'étudiant(e) est éligible au schéma vaccinal standard <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Vaccination (dates)	
1 <sup>ère</sup> injection	
2 <sup>ème</sup> injection	
3 <sup>ème</sup> injection	

► HEPATITE B -SCHEMA ALTERNATIF (Annexe 02)	
L'étudiant(e) est éligible au schéma vaccinal accéléré (1)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Après avoir réalisé une sérologie Hépatite B en date du ----- / ----- / 20 -----	
L'étudiant(e) est immunisé(e) contre l'hépatite B (1)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
L'étudiant(e) ne répond pas à la vaccination (sérologie négative après 6 doses) (1)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Statut vaccinal contre l'HEPATITE B	
Anticorps anti-HBS > 100 UI	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Anticorps anti-HBS compris entre 10 et 100 et antigène négatif	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

REMARQUES

Fait à ....., le .....  
(Signature et cachet du médecin)

(1) Rayer la mention non conforme

## Annexe 01

### VACCINATIONS RECOMMANDÉES (Haute Autorité de Santé)

*Sont recommandées mais non obligatoires pour les professionnels de santé, les vaccinations suivantes :*

#### **COVID 19**

La vaccination n'est plus obligatoire pour les soignants et les étudiants en santé, mais reste fortement recommandée

#### **COQUELUCHE**

Pour les étudiants jamais vaccinés contre la coqueluche ou n'ayant pas reçu de vaccin coquelucheux à l'âge adulte, faire un rappel dTcaP. En cas de coqueluche documentée, faire ce rappel si la maladie contractée date de plus de 10 ans.

#### **ROUGEOLE-OREILLONS-RUBÉOLE**

Les étudiants doivent avoir reçu 2 doses de vaccin trivalent ROR.

#### **VARICELLE**

Les étudiants sans antécédent de varicelle et dont la sérologie est négative doivent être vaccinés.

#### **GRIPPE SAISONNIÈRE**

Les étudiants doivent être vaccinés tous les ans contre la grippe

*Sous réserve de nouvelles vaccinations qui deviendraient être rendues obligatoires*

## Annexe 02

### PROTOCOLE RELATIF AU SCHEMA VACCINAL ACCÉLÉRÉ HÉPATITE B

Pour certains cas particuliers (1) où l'obtention très rapide d'une protection vaccinale est souhaitable (personnes détenues, personnes en situation de départ imminent en zone d'endémie moyenne ou forte, ...), un schéma accéléré peut être proposé. Il comporte l'administration en primovaccination de 3 doses en 21 jours (J0, J7, J21 ou J0, J10, J21 selon l'autorisation de mise sur le marché AMM) des 2 vaccins concernés (2), suivi d'un rappel 12 mois après, indispensable pour assurer une protection au long cours. (Si un contrôle d'anticorps post immunisation est jugé nécessaire du fait d'un risque élevé d'exposition, celui-ci devra être effectué 1 mois après l'administration de la dose de rappel à 12 mois.

- (1) Avis du 20 février 2014 relatif aux schémas vaccinaux accélérés contre l'hépatite B pour les vaccins Energix B® 20 µg et Genhevac B® 20 µg : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=409>
- (2) Pour le vaccin EnergixB® 20 µg : schéma J0, J7, J21 et M12 : pour le vaccin Genhevac B® 20 µg : schéma J0, J10, J21 et M12.

*Veuillez réaliser une copie de ce CERTIFICAT MEDICAL DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES complété, daté, signé et tamponné par le médecin (Un exemplaire est à transmettre à l'université au moment de l'inscription et un exemplaire est à transmettre à l'IFSI de rattachement au plus tard le jour de la rentrée universitaire. L'absence du certificat déposé auprès de l'IFSI dans les délais requis expose l'étudiant à une suspension de mise en stage.*

**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