INSTITUT de FORMATION en SOINS INFIRMIERS

Centre Hospitalier
FALAISE
I.F.S.I

Falaise, le 3 juin 2022

DOSSIER INSCRIPTION IFSI POUR LA RENTREE FEVRIER 2023

(Etudiants sélectionnés via Parcoursup **ou** Formation Professionnelle Continue)

NOTE D'INFORMATION
CONCERNANT LA RENTREE SCOLAIRE 2023 - 2026

L'entrée en formation est fixée au **Lundi 6 Février 2023, à 9 H**.

Pour les étudiants qui ont obtenu une chambre au foyer, vous êtes conviés Vendredi 3 Février 2023 à 9 h 30 à l'I. F. S. I. de FALAISE pour l'état des lieux et la remise des clefs des chambres. Vous veillerez à ce que les documents obligatoires demandés soient fournis au plus tard ce vendredi.

I - DOSSIER MEDICAL

Conformément au Titre III, Art. 54 de l'Arrêté du 21 Avril 2007 modifié notamment par l'arrêté du 17 Avril 2018 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, il est rappelé que **votre admission définitive** dans un Institut de Formation en Soins Infirmiers est subordonnée :

1° - A la production, au plus tard le premier jour de la rentrée, d'un certificat médical émanant d'un médecin **agréé** (liste ci-jointe) attestant que l'étudiant ne présente pas de contre indication physique et psychologique à l'exercice de la profession.

2° - A la production, au plus tard le jour de la première entrée en stage, d'un certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France (antidiphtérique, antitétanique, antipoliomyélite et contre l'Hépatite B).
(Cf. Dossier médical à compléter).

II - BOURSES

- Date limite de demandes de bourses : **Mars 2023**

- Les demandes de bourses régionales pour les formations sanitaires et sociales sont désormais accessibles sur le site **https://messervices.etudiant.gouv.fr**. L'instruction des dossiers et le versement mensuel seront assurés par le C.R.O.U.S (Centre Régional des Œuvres Sociales de Caen).

- Présentation des notifications au secrétariat de l'IFSI avant le **15 Avril 2023**

DROIT D'INSCRIPTION : **payable annuellement par chèque à l'ordre du Trésor Public : 170.00 €**

COTISATION VIE ETUDIANTE : « CVEC » à régler en ligne sur le site : *cvec.etudiant.gouv.fr*

IMPORTANT : En cas de désistement de l'étudiant, les droits d'inscription restent acquis à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers.

Les étudiant(e)s qui obtiendront une bourse du Conseil Régional seront remboursé(e)s ultérieurement de leur droit d'inscription.

IV - FOURNITURES SCOLAIRES

Les fournitures personnelles permettant la prise de notes lors des cours sont à la charge des étudiant(e)s.

V - LOGEMENT

Il existe un foyer-logement dans lequel des chambres sont réservées aux étudiant(e)s. Si vous souhaitez une chambre au foyer la demande doit être faite, **par écrit**, au moment de l'inscription.

C'est un foyer et non un internat, chaque locataire peut aller et venir comme il l'entend mais doit respecter le **règlement intérieur**.

Le loyer mensuel s'élève actuellement à **198 € + 10 €** de charges *(ménage des parties communes) soit un total de* ***208 €***. Une caution de **396 €** vous sera réclamée le jour de la rentrée et vous sera remboursée intégralement le jour de votre départ du foyer si aucune dégradation n'a été constatée, le jour de l'état des lieux.

Ce foyer-logement ouvre droit à l'allocation logement. Cette demande est à faire à la rentrée auprès de la Caisse d'Allocations Familiales.

VI - REPAS

Un restaurant self vous permet de prendre vos repas. Vous avez la possibilité de bénéficier du tarif étudiant soit actuellement : **1.00 €** par repas pour les étudiants boursiers et **3.30 €** par repas pour les étudiants non boursiers.

LISTE DES PIECES A FOURNIR A L'IFSI le 18 Juillet 2022 au plus tard
(la complétude du dossier médical peut être réalisée jusqu'au 22/08/2022)

□ chèque 170 € à l'ordre du Trésor Public pour le règlement des droits d'inscription,

□ attestation CVEC (si nécessaire),

□ 1 photo d'identité (Photographe ou Photomaton uniquement (3,5 x 4 cm) pas de photos scannées),

□ une photocopie recto/verso de votre carte d'identité **en cours de validité** **ou** passeport,

□ un relevé d'identité bancaire **au nom de l'étudiant**,

□ une attestation d'assurance Responsabilité Civile Vie Privée **mentionnant le nom de l'étudiant**,

□ une photocopie de votre attestation d'assuré social ou tout document mentionnant votre **n° personnel d'immatriculation**,

□ le dossier médical, certificat médical d'aptitude et de vaccinations (document à compléter ci-joint),

□ 1 questionnaire (ci-joint),

□ la déclaration de situation du Conseil Régional pour le financement de la formation assortie des justificatifs demandés,

□ un Certificat de scolarité pour les terminales ou diplômes de Baccalauréat **ET** relevé de notes ou un contrat de travail,

□ pour les étudiants inscrits ou qui seront inscrits à Pôle Emploi à la rentrée, la notification d'ouverture de droit à une allocation.

DOSSIER D'INSCRIPTION

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS
Centre Hospitalier
14700 **FALAISE** - ***02-31-40-41-69***

Questionnaire

NOM : _____ Nom épouse : _____
(de jeune fille)

Prénoms : _____ Sexe : _____

Date et lieu de naissance : _____

AGE : _____ Nationalité : _____

N° de Sécurité Sociale : _____ ***N° : I. N. E.*** : _____
(Ce numéro figure sur votre relevé de notes du Baccalauréat)

****

ADRESSES : *Familiale* : _____
_____ ☎ _____

Personnelle : _____
_____ ☎ _____

Adresse Mail valide : _____

****

SITUATION FAMILIALE DE L'ETUDIANT :

Célibataire ❒

- Nom et prénom du père : _____
Profession : _____
Adresse et N° téléphone de l'employeur : _____
_____
- Nom et prénom de la mère : _____
Profession : _____
Adresse et N° téléphone de l'employeur : _____
_____

Marié(e) ❒
Vivant maritalement ❒
Pacsé(e) ❒

- Nom et Prénom du conjoint (e), du concubin(e) : _____
Profession : _____
Adresse et N° téléphone de l'employeur : _____
_____

Veuf (ve) ❒ Divorcé (e) ❒

Nombre d'enfant(s) à charge : _____

Nombre de frères et sœurs de l'étudiant : _____ Frère(s) _____ Sœurs(s)

****

Etes-vous titulaire du Permis B : ❒ OUI ❒ NON

Possédez-vous un véhicule ? ❒ OUI ❒ NON

Avez-vous effectué la Journée d'Appel pour la Défense (J. A. P. D.) ? ❒ OUI ❒ NON

Demande de chambre au foyer : ❒ OUI ❒ NON
(Si oui, merci de joindre votre demande par écrit)

Personne à prévenir en cas d'accident :
Nom et Prénom : _____
Adresse : _____
✆ : _____

****

PARCOURS SCOLAIRES : Dernière classe fréquentée : _____ Année : _____

Diplômes obtenus et année d'obtention *(ex. : BEP, BEPC, BAC Série, ...)* :

_____

Avez-vous suivi une formation universitaire ? ❒ OUI ❒ NON

Si OUI, diplômes obtenus et année d'obtention : _____
(Veuillez préciser la nature (ex. : Sociologie, Psychologie, ETC....)

(Si vous n'avez pas les diplômes, veuillez nous préciser la nature et l'année de la (ou des) formation (s) suivie (e) :

_____

****

ACTIVITES EXERCEES AVANT L'ENTREE A L'INSTITUT DE FORMATION
(vous pouvez mentionner les emplois saisonniers si > à 1 mois)

Avez-vous déjà travaillé ? ❒ OUI ❒ NON

Si, OUI :
- Lieu : _____

- Date d'entrée : _____

- Service (s) : _____

- Fonction exercée : _____

- Durée : _____

SANS EMPLOI : N° demandeur d'emploi : ..... (obligatoire)

- INSCRIPTION au chômage depuis le : _____

- NOM ET ADRESSE de votre Pôle Emploi. _____

Avez-vous fait ou ferez-vous une demande de financement ? ❒ OUI ❒ NON

- Allocation Pôle Emploi ❒

- Bourses (Conseil Régional) ❒

- Promotion professionnelle hospitalière ❒

- Autres (Préciser) ❒

DATE :
SIGNATURE :

FINANCEMENT DE LA FORMATION

Notice à conserver

RÉGION NORMANDIE

Avant d'entrer en institut de formation sanitaire ou sociale en Normandie, vous devez impérativement vous assurer du mode de financement de votre formation et de vos ressources(1) pendant la durée de votre formation

VOUS ETES	QUI FINANCE VOTRE FORMATION ?(2)
En poursuite de scolarité : - Titulaire du baccalauréat depuis moins de 4 ans ou - En études (scolarité sans interruption pendant plus d'une année)	Région
Demandeur d'emploi sans emploi	Région ou OPCO (3) (si éligible)
Salarié en CDD (droit privé ou public) ou Salarié en CDI inférieur ou égal à 24h / semaine	
Salarié en CDI supérieur à 24h / semaine	Employeur ou OPCO
Contrats aidés, Contrat de Sécurisation Professionnelle, service civique	Région
Agent de la fonction publique (titulaire, stagiaire, contractuel en CDI, en disponibilité, inscrit ou non à Pôle-Emploi)	Employeur ou OPCO
En formation financée par la Région	Vous-même(4)
Dans une autre situation	Vous-même

(1) Ressources : bourse régionale sur critères sociaux, allocation chômage, maintien de rémunération, …
(2) Conformément aux règles de financement régionales et sous réserve de modifications
(3) OPCO : Opérateurs de Compétences (Santé, Cohésion Sociale, ANFH, Dispositif de transition professionnelle …)
(4) Cf paragraphe 2.5 « délai de carence » des règles de financement régionales

Votre statut est considéré <u>le jour où vous confirmez votre entrée en formation</u>

En cas de non production des pièces demandées dans les délais impartis, le coût de la formation vous sera facturé

des PARCOURS METIER
Développez Vos compétences POUR UN EMPLOI
parcours-metier.normandie.fr

RÉGION NORMANDIE
Je me forme
Je m'oriente
Je trouve un emploi
parcours-metier.normandie.fr
0 800 05 00 00 Service & appel gratuits

FINANCEMENT DE LA FORMATION

DECLARATION DE SITUATION 22/23

+ LISTE DES PIECES A FOURNIR

à retourner à l'institut

RÉGION NORMANDIE

NOM :.....**PRENOM :**.....

ADRESSE :.....

.....

NOM DE L'INSTITUT DE FORMATION :.....

POURSUITE DE SCOLARITE

Etablissement fréquenté et diplôme préparé

Année scolaire 2021/2022 : .....

Année scolaire 2020/2021 : .....

Année scolaire 2019/2020 : .....

Année scolaire 2018/2019 : .....

Année scolaire 2017/2018 : .....

et

Année d'obtention du baccalauréat : .....

Justificatifs à fournir :

- *Lycéens : certificat de scolarité de l'année scolaire en cours ;*
- *Personnes titulaires d'un baccalauréat obtenu à compter de juin 2017 : copie du diplôme du baccalauréat ;*
- *Personnes n'ayant pas interrompu leur scolarité pendant plus d'une année : tous les certificats de scolarité depuis le lycée.*

DEMANDEUR D'EMPLOI SANS EMPLOI

N° identifiant Pôle-emploi : .....

Dernier emploi occupé : .....

Date de début de contrat : .....

Date de fin de contrat : .....

Suivez-vous ou avez-vous suivi une formation au cours des 12 derniers mois ?

☐oui (préciser quelle formation et son mode de financement) : .....

☐non

Justificatifs à fournir : justificatif attestant une inscription à Pôle-emploi en cours de validité (disponible sur le site de pole-emploi.fr à partir de votre espace personnel)

SALARIE EN EMPLOI PRECAIRE

Je suis actuellement en :

☐ Contrat à Durée Déterminée (CDD droit public ou droit privé) ;

☐ Contrat de travail aidé (CUI-PEC, contrat d'avenir, etc ....) ;

☐ Contrat à Durée Indéterminé (CDI) d'une durée inférieure ou égale à 24h hebdomadaires ou 104h mensuelles ;

☐ Contrat de Sécurisation Professionnelle (CSP).

Justificatifs à fournir : contrat de travail en cours ou CSP

Je suis :

☐ inscrit dans le cadre du « Dispositif Démissionnaire » de Transition Pro ;

☐ en service civique ;

☐ dans une autre situation (précisez, exemple congé parental ou de maternité) : .....

Suivez-vous ou avez-vous suivi une formation au cours des 12 derniers mois ?

☐ oui (préciser quelle formation et son mode de financement) : .....

☐ non

Justificatifs à fournir : tout document attestant de la situation déclarée.

- *Les personnes en position de congé maternité ou de congé parental doivent également fournir un justificatif permettant d'apprécier leur statut la veille du début dudit congé ;*
- *Les salariés concernés par le « dispositif démissionnaire » doivent fournir un justificatif de dépôt de dossier sur la plateforme de Transition Pro.*

AUTRE SITUATION (NON ELIGIBLE AU FINANCEMENT REGIONAL)

Je suis :

☐ salarié (hors contrats d'insertion, hors CDI inférieur ou égal à 24h/semaine et hors CDD) ;

☐ agent stagiaire ou titulaire de la fonction publique ;

☐ retraité ou j'ai dépassé l'âge légal du départ à la retraite

Type d'employeur :

☐Fonction Publique Hospitalière ☐Fonction Publique de l'Etat ☐Fonction Publique Territoriale

☐Employeur privé/associatif

Financement de la formation par (précisez, *y compris si en attente de réponse*) :.....

Justificatifs à fournir : attestation de prise en charge (employeur, ou organisme financeur) ou dans l'attente d'une réponse une attestation de dépôt d'un dossier de demande de prise en charge.

LES PIECES JUSTIFICATIVES DOIVENT IMPERATIVEMENT ETRE JOINTES A CE DOCUMENT ET RETOURNEES A L'INSTITUT DANS LES MEMES DELAIS QUE LA CONFIRMATION D'INSCRIPTION. TOUTE DECLARATION DE SITUATION INCOMPLETE OU NON REMISE DANS LES DELAIS ENTRAINERA LA NON PRISE EN CHARGE DE VOTRE FORMATION PAR LA REGION.

☐ Je certifie être sorti du système scolaire depuis au moins 9 mois lors de l'entrée en formation.

☐ Je certifie ne pas être sorti du système scolaire ou en être sorti depuis moins de 9 mois lors de l'entrée en formation.

Je soussigné(e), M./ Mme ..... déclare avoir pris connaissance des règles de financement des parcours de formations sanitaires et sociales* et atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document.

Date et signature du candidat :

Date et signature des parents ou tuteurs pour les candidats mineurs :

*Retrouvez le règlement sur le site parcours-métier.normandie.fr/fss-se-former-aux-metiers-de-la-sante-et-du-social

CENTRE HOSPITALIER DE FALAISE
SERVICE SANTE AU TRAVAIL
Boulevard des Bercagnes, BP59, 14700 FALAISE
Téléphone 02 31 40 40 40
Code Finess : 140000118

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ
Certifié V3
Octobre 2010

V 7
Juin 2022

DOSSIER MEDICAL

ETUDIANT (E) IFSI ☐

IFAS ☐

NOM :

PRENOM :

Date et lieu de naissance :

N° de sécurité sociale :

Adresse :

Téléphone :

Vous trouverez ci-joint un dossier comprenant l'attestation médicale d'immunisation et des vaccinations obligatoires et le certificat médical nécessaires pour votre entrée à l'institut de formation.
Ces documents peuvent servir de support à votre médecin traitant et/ou médecin agréé.

Vous voudrez bien retourner ce dossier au secrétariat de l'I.F.S.I. accompagné sous pli confidentiel :

- de la photocopie de votre carnet de vaccinations, pages des vaccinations et maladies infantiles
- photocopie du résultat de la sérologie Hépatite B

Ces résultats confidentiels seront confiés à l'IDEST du service santé au travail de l'hôpital, Mme LOUIS Patricia.

ATTESTATION MEDICALE D'IMMUNISATION ET DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES

Je soussigné Docteur ..... certifie que

Mlle, Mme, Mr ..... né(e) le.....a été vacciné(e).

1) contre la **DIPTHERIE,** le **TETANOS,** la **POLIO** (préciser si **coqueluche** associée) :

Date des primo- vaccinations .....
.....
.....

Rappels .....
.....

2) contre l'**Hépatite B** :

Date de vaccination : 1ère injection .....
2ème injection .....
3ème injection .....

Obligation d'immunisation : fixée par l'arrêté du 2 août 2013 (cf annexe 2 jointe)
= attestation de résultat, même ancien, de présence dans le sérum d'Ac anti Hbs > 100 UI/l
(prévoir dosage des Ac anti Hbc si anti Hbs < à 100 UI/L)
Les conditions d'immunisation devront être OBLIGATOIREMENT remplies AVANT le jour de la 1ère entrée en stage.

Date : ..... résultat dosage : Ac anti Hbs .....
Ac anti Hbc .....

3) par le **BCG :**

Date : ..... technique de vaccination : .....

Contrôle par **tubertest** recommandé comme référence en cas de contage ultérieur.

Date : ..... résultat de l'induration en mm : .....

4) selon le calendrier vaccinal, les vaccinations contre la **rougeole**, la **rubéole** et la **varicelle** sont recommandées.

• R.O.R. : date 1ère injection ..... 2ème injection .....

• varicelle : date 1ère injection ..... 2ème injection .....

ou préciser si MALADIE
- rougeole ☐ date : .....
- oreillons ☐ date : .....
- rubéole ☐ date : .....
- varicelle ☐ date : .....

5) Vaccination contre la COVID conforme aux obligations vaccinales des étudiants des filières paramédicales. (Joindre le justificatif)
OUI ☐ NON ☐

Date : *Signature :* *Cachet :*

NB :Radio pulmonaire :
Recommandée en cas de : notion de contage professionnel ou personnel, provenance d'un pays d'endémie, point d'appel de tuberculose maladie

Certificat médical obligatoire du médecin agréé

Je soussigné Docteur ..... , médecin agréé,

certifie que Mlle, Mme, Mr .....

né(e) le ..... à .....

ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession de .....

Fait à .....
le .....

Signature *cachet du médecin agréé*