

## **INSCRIPTION ADMINISTRATIVE**

### **I. DOCUMENTS ADMINISTRATIFS / CERTIFICATS MEDICAUX – VACCINATIONS :**

Vous devez remettre :

- Chèque d'inscription de 170€ à l'ordre du TRESOR PUBLIC
- L'attestation de paiement de la CVEC – 91€
- Copie de la pièce d'identité ou passeport en cours de validités.
- Copie du diplôme du BAC ou autres diplômes.
- Le dossier médical complet : certificat médical et tableau vaccinal
- L'attestation autorisation parentale (pour les mineurs).
- L'attestation de la sécurité sociale (et non la copie de la carte vitale) avec des droits couvrant l'année scolaire 2019 – 2020
- L'attestation de responsabilité civile **et risques professionnels** :  
Les frais d'assurance de responsabilité civile sont à la charge des étudiants. Il vous appartient de souscrire un contrat limité dans le temps auprès d'une compagnie d'assurance en référence à "l'Instruction N°DGOS/RH1/2010/243 du 5 JUILLET 2010 relative aux modalités de mise en œuvre de la réforme LMD au sein des IFSI".  
Par conséquent, vous devez nous fournir l'attestation couvrant les risques professionnels et la responsabilité civile mentionnant que vous êtes couvert lors de vos stages en milieu médical pour l'année scolaire 2019–2020 (dates de début et fin validité y seront notées)
- La notification conditionnelle d'attribution de la bourse régionale pour les boursiers.  
Si vous n'avez pas encore constitué votre dossier, vous devez vous connecter sur le :  
<http://www.crous-caen.fr/bourses/paramedicales/>
- Le justificatif de prise en charge financière pour les salariés du secteur privé ou public (promotion professionnelle, OPCA, FONGECIF...)
- 2 RIB
- 1 photo

**IFSI de l'Eure**  
22, rue du Docteur Michel Baudoux  
27015 Evreux Cedex

Secrétariat IFSI  
Affaire suivie par :  
V. GIRARD - A. MAURICE - S. OURSEL

Courriel : ifsie@chi-eureseine.fr  
Tél : 02.32.78.35.90  
Fax : 02.32.78.35.53

Evreux, le 16 mai 2019

## **DOSSIER MEDICAL**

Nous vous rappelons que l'admission définitive est subordonnée à la production au moment de l'inscription administrative :

- 1- Du certificat médical** ci-joint émanant **d'un médecin agréé** par l'Agence Régionale de Santé **ARS** (<https://www.normandie.ars.sante.fr/annuaires-des-professionnels-et-etablissements-0>) attestant que le candidat ne présente pas de contre-indication **physique et psychologique à l'exercice de la profession** (*termes à mentionner obligatoirement*).
- 2- Merci de joindre avec le certificat médical, la liste des médecins agréés de votre département** si vous ne résidez pas en Normandie.
- 3- De l'attestation vaccinale ci-jointe** précisant que vous avez reçu **les vaccinations obligatoires** pour l'exercice des professions de santé (DTP-BCG-Hépatite B) **et les vaccinations recommandées** (coqueluche avec le DTP, Rougeole, oreillons et rubéole). Bien préciser si vous avez eu la varicelle ou la rougeole et par défaut faire et transmettre les résultats de sérologie (IgG) pour vérifier votre immunité.
- 4- La présentation de cette attestation** comportant **de façon claire et précise, les informations** concernant votre situation vaccinale et immunitaire est une des conditions obligatoires pour prétendre à la mise en stage dans des services de soins.
- 5- Ces informations seront traitées par le service de santé au travail du CH Eure-Seine** (site d'Evreux) afin de vérifier la conformité aux obligations et/ou aux recommandations vaccinales
- 6- En ce qui concerne l'hépatite B**, si vous n'avez jamais été vacciné(e), **prévoir 7 mois minimum** : (vaccins réalisés à M0-M1 et M6 M=mois et sérologie 4 à 8 semaines après M6). Il existe également un schéma accéléré qui comporte l'administration en primo-vaccination de 3 doses en 21 jours (J0, J7, J21 ou J0, J10, J21 J=jour, selon l'AMM des 2 vaccins concernés).

Vous pouvez effectuer gratuitement les vaccinations auprès du centre de vaccination - Rue Léon Schwartzberg à Evreux - téléphone : 02.32.33.84.85 ou vous rendre chez votre médecin traitant.

Pour informations, Lire les recommandations vaccinales 2014 : Sur Internet prendre le lien : [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Calendrier\\_vaccinal\\_ministere\\_sante\\_2014.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Calendrier_vaccinal_ministere_sante_2014.pdf)

\* Vous trouverez ci-joint la liste des médecins **agréés** pour le département de l'Eure. Si vous résidez dans un autre département, vous pouvez vous procurer cette liste auprès de l'ARS de votre département. Vous devrez **impérativement** fournir celle-ci avec les certificats afin que nous puissions vérifier que votre médecin est bien agréé. **Dans le cas contraire, nous ne pourrions pas effectuer votre inscription.**

**IFSI de l'Eure**  
**22, rue du Docteur Michel Baudoux**  
**27015 Evreux Cedex**

Secrétariat administratif  
Affaire suivie par :  
V. GIRARD-A. MAURICE-S. OURSEL

courriel : ifsie@chi-eureseine.fr  
Tél : 02.32.78.35.90  
Fax : 02.32.78.35.53

**NOM marital :**  
**NOM de naissance :**  
**Prénom :**  
**Date de naissance :**

### **Attestation vaccinale**

**FICHE A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT ou AGREE**

<b>Vaccins</b>	<b>Date</b>	<b>Observations-résultats</b>
- Date du dernier rappel : (Diptérie-Tétanos-Polio)-Coqueluche ou Diptérie-Tétanos-Polio <b>Avez-vous eu un rappel DTP-Coq vers 11-12ans ou vers 17 ans</b>		<b>Précisez bien si DTP ou DTP- coqueluche</b>
<b>HEPATITE B</b> <b>Injection N° 1</b>		Noter le nom commercial du vaccin
	<b>Injection N° 2</b>	
	<b>Injection N° 3</b>	
	<b>Injection N° 4</b>	
	<b>Injection N° 5</b>	
	<b>Injection N° 6</b>	

<b>Sérologie de contrôle</b> : Ac anti HBs et antiHbC <b>OBLIGATOIRE</b> pour le contrôle de l'immunité		Résultats : Transmettre la photocopie du résultat ou justificatif.
<b>VARICELLE</b> : date de la maladie A partir du carnet de santé. Par défaut : Sérologie de la varicelle : date		<b>Résultat : IgG</b> Immunisé(e) ou non immunisé(e) ?
<b>ROUGEOLE-OREILLONS-RUBEOLE</b> <b>Date de la 1° injection</b> <b>Date de la 2° injection</b>		
Par défaut : Sérologie Rougeole : Date		<b>Résultat : IgG</b> Immunisé(e) ou non immunisé(e) ?
Par défaut : Sérologie Rubéole : Date		<b>Résultat : IgG</b> Immunisé(e) ou non immunisé(e) ?

**Date** : .....  
**Signature et cachet**

## CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné ....., Docteur en médecine,  
**agrée** par l'ARS du département de .....,  
certifie que :

**Nom et Prénom :** .....

**Né(e) le :** ..... **à :** .....

**Domicilié(e) à (adresse familiale) :**  
.....  
.....

Ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession d'infirmier(e), selon l'arrêté du 31 juillet 2009 modifié – Titre III article 44.

Fait à : .....

Le : .....

Signature et cachet :



Institut de Formation en Soins Infirmiers de l'Eure  
 CH Eure-Seine  
**FORMATION EN SOINS INFIRMIERS**  
 SEPTEMBRE 2019

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

**LES RENSEIGNEMENTS DEMANDES SUR CETTE FEUILLE SONT OBLIGATOIRES POUR VALIDER VOTRE INSCRIPTION**

ETAT CIVIL DE L'ÉLEVE / ETUDIANT

NOM DE NAISSANCE: .....PRENOM : .....

NOM D'USAGE : .....

Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Lieu : .....

Département : \_\_\_\_ Nationalité : .....

Numéro d'immatriculation à la sécurité sociale : / \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ /  
 Régime:  GENERAL  SNCF  EDF  MILITAIRE  autre: précisez.....

ADRESSE (Résidence principale) :  
 .....  
 .....

Numéro de téléphone : / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ /  
 Numéro de portable : / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ /

ADRESSE (Pendant la scolarité si différente) :  
 .....  
 .....

Numéro de téléphone : / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ /  
 Numéro de portable : / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ /

E-mail : .....@.....  
 N° INE\* : ..... (figure sur votre relevé de notes du BAC)

Personne à prévenir en cas d'urgence:.....  
 .....

Lien de parenté:.....  
 Numéro de téléphone : / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ /  
 Numéro de portable : / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ /

Merci de bien vouloir indiquer au secrétariat-accueil tout changement d'adresse et/ou de numéro de téléphone.

Tournez SVP

## AUTORISATION CONCERNANT « LE DROIT A L'IMAGE »

### **Numérisation photographie fichier "étudiants" :**

Autorise  n'autorise pas

L'IFSIE à insérer ma photographie numérisée dans le fichier informatique, dans l'unique but de réaliser "un tableau photographique" pour les formateurs.

*Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser auprès du secrétariat accueil de l'IFSIE.*

### **Publication photographie / vidéo :**

Autorise  n'autorise pas

à diffuser les photographies de ma personne prises dans le cadre de mon activité à l'IFSIE, pour les usages suivants:

- plaquette d'information de l'IFSIE
- vidéos retraçant les activités pédagogiques

Cette autorisation étant donnée à titre gracieux.

Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant la reproduction de ces photos devront respecter mon anonymat et ne devront pas porter atteinte à ma réputation.

### **FINANCEMENT DE LA FORMATION**

**OUI**  **NON**

Si oui:

Mode de prise en charge:

Région

CFP (congé de formation professionnelle)  
ou organisme prenant en charge la formation :

Nom et adresse de l'organisme : .....

.....

Employeur

Nom, adresse .....

.....

Autre : Préciser

.....

### **REMUNERATION**

**OUI**  **NON**

Si oui :

Pôle Emploi – N° identifiant : .....

Date de fin de la prise en charge.....

Secteur public  Secteur privé  Public et privé

Contrat de sécurisation professionnelle

Allocation retour à l'emploi (ARE)

Relai rémunération fin de formation (RFF)

Droits en cours de calculs

Allocation spécifique solidarité (ASS)

Revenu solidarité action (RSA)

Autre : Préciser

.....

**DIPLOMES OBTENUS :** .....

.....

.....

**ECOLE PREPARATOIRE : OUI**  **NON**

**NOM ET ADRESSE DE L'ECOLE PREPARATOIRE : (joindre l'attestation)** .....

.....

.....

Fait à ....., le.....  
Signature (précédé de la mention manuscrite "Lu et approuvé").

## AUTORISATION PARENTALE

(à établir pour les jeunes de moins de 18 ans non émancipés)

Je soussigné(e), Monsieur, Madame, \* .....  
agissant en qualité de père- mère – représentant légal, \*  
autorise Monsieur, Madame .....  
né(e) le ..... à ..... Département ou pays.....

à suivre la formation suivante :

Intitulé de la formation : .....

Nom du centre de Formation : .....

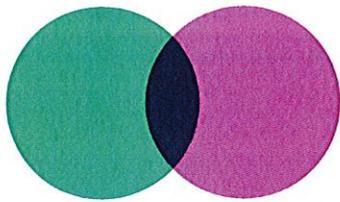
.....

Fait à ..... Le .....

Signature du père, de la  
mère  
ou du représentant légal

\* Rayer les mentions inutiles

Joindre la pièce justifiant la qualité du signataire (livret de famille ou jugement)



**CVEC**  
Contribution  
Vie Étudiante  
et de Campus

# Vous acquitter de la CVEC, une démarche obligatoire pour vous inscrire dans l'enseignement supérieur

Avant de vous inscrire dans un établissement d'enseignement supérieur, vous devez vous acquitter de la CVEC, la Contribution Vie Étudiante et de Campus (CVEC).

## La CVEC, c'est quoi ?

La CVEC est la Contribution de Vie Étudiante et de Campus. La loi prévoit qu'elle est collectée par les Crous.

**La CVEC contribue à l'amélioration des conditions de vie et d'étude et à la dynamisation de la vie de campus**

Elle est destinée à :

- **favoriser l'accueil et l'accompagnement social, sanitaire, culturel et sportif des étudiants**
- **conforter les actions de prévention et d'éducation à la santé réalisées à leur intention**

## Une démarche obligatoire

**Vous avez 2 manières de vous acquitter de cette obligation :**

- En payant la CVEC, car vous y êtes assujetti. Son montant est fixé à **94**€.
- En étant exonéré de la CVEC. Dans ce cas, vous ne paierez rien.

**Dans les deux cas, vous pourrez, à l'issue de la démarche, obtenir une attestation :**

- Vous devez fournir cette attestation à votre établissement d'enseignement supérieur.
- Notez bien que votre établissement ne pourra pas finaliser votre inscription sans cette attestation.

**L'acquittement de la CVEC s'effectue en ligne sur [cvec.etudiant.gouv.fr](http://cvec.etudiant.gouv.fr)**

