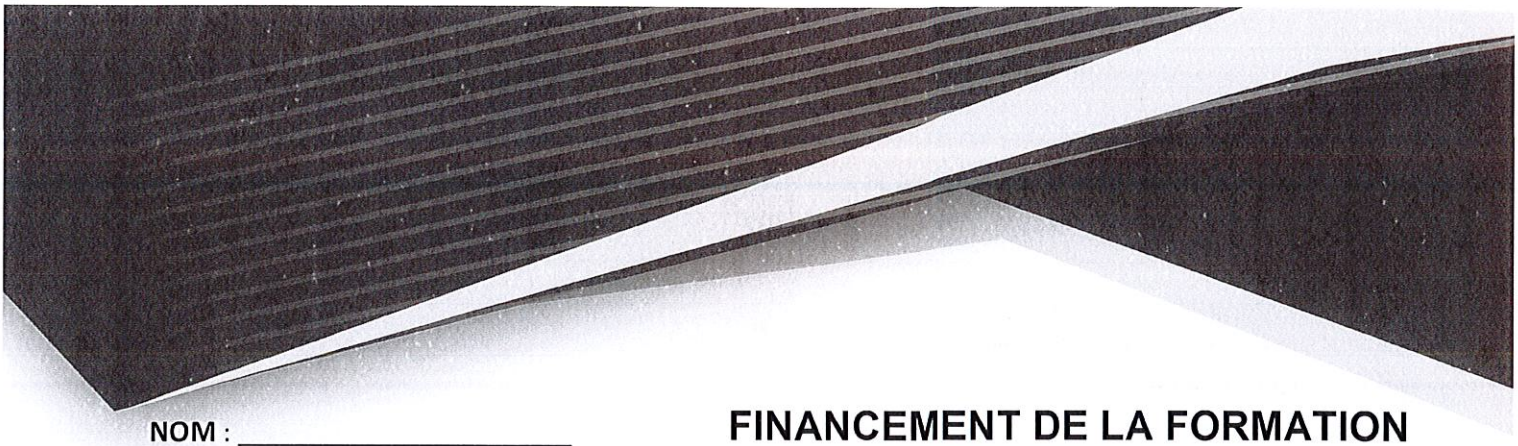
INSCRIPTION ADMINISTRATIVE

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 carte d'identité ou passeport recto/verso 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/
- La déclaration de situation pour le financement de la formation
- Le justificatif de prise en charge financière pour les salariés du secteur privé ou public (promotion professionnelle, OPCA, FONGECIF…)
- 2 RIB
- 1 photo



NOM : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

_____

_____

FINANCEMENT DE LA FORMATION

DECLARATION DE SITUATION

Liste des pièces à fournir

POURSUITE DE SCOLARITE (scolarité sans interruption)
Etablissement fréquenté et diplôme préparé Année scolaire 2018/2019 : ..... Année scolaire 2017/2018 : ..... Année scolaire 2016/2017 : ..... Année scolaire 2015/2016 : ..... Année scolaire 2014/2015 : ..... Année scolaire 2013/2014 : ..... Année scolaire 2012/2013 : ..... *Justificatifs à fournir : tous vos certificats de scolarité depuis le lycée, sauf pour les lycéens (uniquement le certificat de l'année scolaire en cours)*
DEMANDEUR D'EMPLOI
N° identifiant Pôle-emploi : ..... Dernier emploi occupé : ..... Date de début de contrat : ..... Date de fin de contrat : ..... *Justificatifs à fournir : une des attestations de Pôle-emploi, disponibles sur le site de pole-emploi.fr à partir de votre espace personnel, à savoir :* ✓ *l'attestation de paiement qui indique les derniers paiements perçus,* ✓ *l'attestation des périodes indemnisées qui restitue toutes les informations détaillées concernant votre indemnisation,* ✓ *l'avis de situation qui renseigne précisément l'état d'avancement de votre dossier (si vous êtes non indemnisés),* ✓ *l'attestation Loi de finances qui reprend vos périodes d'inscription en continu.* *Important : votre attestation devra justifier d'une inscription à Pôle-emploi en cours de validité.* *ET, le cas échéant, une attestation de non éligibilité au Congé de Formation.*

RÉGION NORMANDIE

SALARIE
☐ Contrat à durée déterminée ☐ Contrat à durée indéterminée ☐ Contrat aidé ☐ Autres : .....
Temps de travail : ☐Temps complet ☐Temps non complet (..... heures/semaine)
Type d'employeur : ☐Fonction Publique Hospitalière ☐Fonction Publique de l'Etat ☐Fonction Publique Territoriale ☐Employeur privé/associatif
Financement de la formation : ☐CIF ☐OPCO ☐EMPLOYEUR ☐AUTRE (préciser, *y compris si en attente de réponse* :.....) *Justificatifs à fournir : contrat de travail en cours et attestation de prise en charge par l'employeur / OPCO / OPACIF (ou, dans l'attente de la commission paritaire, une attestation de dépôt d'un dossier de demande de prise en charge).*
AUTRE SITUATION
☐ Service civique *(joindre un justificatif)* ☐ Autres Préciser : .....

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 soussigné(e), M./ Mme ..... 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 :

RÉGION NORMANDIE

ifsi
EURE-SEINE
INSTITUT DE FORMATION PARAMÉDICALE

CH EURE SEINE
HÔPITAL EVREUX-VERNON
Votre santé au cœur de notre engagement

RÉGION NORMANDIE
avec le soutien de la Région Normandie

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

DOSSIER MEDICAL

Evreux, le 16 mai 2019

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'**A**gence **R**égionale de **S**anté **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 Schwartzenberg 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***

* 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 pourrons pas effectuer votre inscription**.

ifsi
EURE-SEINE
INSTITUT DE FORMATION PARAMÉDICALE

EURE SEINE
HÔPITAL EVREUX-VERNON
Votre santé au cœur de notre engagement

RÉGION NORMANDIE
avec le soutien de la Région Normandie

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

Vaccins	**Date**	**Observations-résultats**
- Date du dernier rappel : (**D**iptérie-**T**étanos-**P**olio)-**C**oqueluche ou **D**iptérie-**T**étanos-**P**olio **Avez-vous eu un rappel DTP-Coq** vers 11-12ans ou vers 17 ans		**Précisez bien si DTP ou DTP-coqueluche**
HEPATITE B **Injection N° 1**		Noter le nom commercial du vaccin
Injection N° 2		
Injection N° 3		
Injection N° 4		
Injection N° 5		
Injection N° 6		

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

Date : .....
Signature et cachet

ifsi
EURE-SEINE
INSTITUT DE FORMATION PARAMÉDICALE

EURE SEINE
HÔPITAL EVREUX-VERNON
Votre santé au cœur de notre engagement

RÉGION NORMANDIE
avec le soutien de la Région Normandie

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

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

courriel : ifsie@chi-eureseine.fr
Tél : 02.32.78.35.68

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné ....., Docteur en médecine,

agréé 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'infirmièr(e), selon l'arrêté du 31 juillet 2009 modifié – Titre III article 44.

Fait à :.....

Le :.....

Signature et cachet :

ifsi
EURE-SEINE
INSTITUT DE FORMATION PARAMÉDICALE

CH EURE SEINE
HÔPITAL EVREUX-VERNON
Votre santé au cœur de notre engagement

RÉGION NORMANDIE
avec le soutien de la Région Normandie

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

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT
SUPÉRIEUR,
DE LA RECHERCHE
ET DE L'INNOVATION