

**INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS**

Samois-sur-Seine, le 10 avril 2024

**Objet : rentrée septembre 2024 ou février 2025**  
Formation préparant au Diplôme d'Etat d'infirmier(e)  
**Admission via ParcoursSup**

Madame, Monsieur,

Vous avez confirmé votre souhait d'intégrer l'institut de formation du centre hospitalier du sud Seine-et-Marne et je vous en remercie.

Afin de réaliser votre inscription, vous devrez vous présenter à l'institut de formation (**adresse site**) sur rendez-vous pris au préalable auprès du secrétariat au **01.64.31.65.31** muni du dossier ci-joint dûment complété et accompagné de l'intégralité des pièces demandées (**tout dossier incomplet sera refusé**)

Les périodes d'inscription sont les suivantes :

Pour les candidats ayant confirmé définitivement leur admission entre le 30 mai 2024 et le 11 juillet 2024 :

- du 25 juin 2024 au 26 juin 2024 de 09h00 à 16h00
- le 03 juillet 2024 de 13h30 à 16h00
- du 09 juillet 2024 au 10 juillet 2024 de 13h30 à 16h00
- du 15 juillet 2024 au 18 juillet 2024 de 13h30 à 16h00
- le 19 juillet 2024 de 09h00 à 12h00

Pour les candidats ayant confirmé définitivement leur admission entre le 13 juillet 2024 et le 18 août 2024 :

- du 15 juillet 2024 au 18 juillet 2024 de 13h30 à 16h00
- le 19 juillet 2024 de 09h00 à 12h00
- le 20 août 2024 de 09h00 à 16h00
- du 21 août 2024 au 22 août 2024 de 13h30 à 16h00
- le 23 août 2024 de 09h00 à 12h00

Rentrée scolaire septembre 2024 :

- **Le lundi 02 septembre 2024**  
**Une pré-rentrée aura lieu le 28 août 2024 uniquement pour les étudiants concernés par la rentrée de septembre** (l'horaire vous sera communiqué ultérieurement).

Rentrée scolaire février 2025 :

- **Le lundi 03 février 2025**

**La date de la pré-rentrée vous sera communiquée ultérieurement.**

Dans l'attente de vous recevoir, je vous adresse, Madame, Monsieur, mes sincères salutations.

  
**Laurence Lenoire**  
Directrice de l'institut de formation





CENTRE HOSPITALIER  
DU SUD SEINE ET MARNE

FONTAINEBLEAU - FONTAINEBLEAU FACULTÉ MÉDICALE - SENNEVILLE

ile de France

En partenariat avec :



Version du 26/03/2024  
T1N14-1

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

## LISTE DES PIÈCES À FOURNIR (admission via ParcoursSup) FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

RENTRÉE SEPTEMBRE 2024

RENTRÉE FÉVRIER 2025

### 1/ DOSSIER IFSI (à constituer en respectant l'ordre ci-dessous)

- La fiche de renseignements dûment complétée (pages 4 et 5)
  - 1 CV **détaillé**
  - 2 photos d'identité (indiquez vos nom, prénom et promotion au dos)
  - 1 chèque de 170 € correspondant aux droits d'inscription universitaire année 2024-2025 à l'ordre de « régie de recettes IFSI – CH SUD 77 »
  - 1 photocopie de la carte d'identité **ou** du passeport **ou** du titre de séjour en cours de validité (recto/verso lisibles sur une page format A4), l'original sera à présenter les jours de l'inscription
  - 1 photocopie du diplôme ayant permis l'inscription (Baccalauréat, Equivalent ...), l'original sera à présenter le jour de l'inscription
  - 1 photocopie du relevé de notes du baccalauréat (où doit figurer le numéro **INE**), l'original sera à présenter le jour de l'inscription
  - 1 photocopie de l'attestation d'assurance maladie
  - L'autorisation « Droit à l'image » et « Information sur le recueil des données » (page 7)
  - 1 attestation d'assurance « Responsabilité Civile » (compris dans l'assurance habitation)
  - 1 attestation d'assurance « Responsabilité Civile Professionnelle » (couverture des **risques dans le cadre des études paramédicales pour les stages cliniques intra et extra hospitaliers** ».)
  - 1 photocopie de la J.D.C (Journée Défense et Citoyenneté) ou J.A.P.D (Journée d'Appel de Préparation à la Défense)
  - 1 photocopie de l'attestation de Contribution à la Vie Etudiante et de Campus (**C.V.E.C**)
- ↪ Elle doit être acquittée par tous les étudiants en formation initiale et les personnes inscrites à France travail qu'elles soient indemnisées ou non.
- **Ne doivent pas s'en acquitter les étudiants salariés en formation continue.**
  - Les étudiants boursiers seront remboursés sur notification de la bourse.

1



CENTRE HOSPITALIER  
DU SUD SEINE ET MARNE

Fontainebleau - Montebello - Paris 7 - Yonne - Nièvre - etc.

## INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

Inscription et règlement en ligne sur [www.messervices.etudiant.gouv.fr](http://www.messervices.etudiant.gouv.fr)

### Le dossier médical (page 8-9-10-11)

→ **Attention, l'immunisation liée à la vaccination de l'hépatite B peut prendre du temps pour obtenir un résultat satisfaisant. Vous devez donc rapidement prendre rendez-vous auprès d'un médecin.**

### Les demandes de dispense d'Unités d'Enseignement (U.E.)

La réglementation (Cf. articles 7 et 8 de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier modifié) prévoit que les personnes admises en formation peuvent faire l'objet de dispenses d'unités d'enseignements ou de semestres par le directeur d'établissement, après décision de la section compétente pour le traitement pédagogique des situations individuelles des étudiants, au regard de leur formation antérieure validée, des certifications, titres et diplômes obtenus et de leur parcours professionnel.

Si vous souhaitez formuler une demande de dispense d'enseignement, vous devez fournir au **moment de votre inscription un dossier** comportant :

- Une demande écrite **motivée et argumentée, en stipulant les unités d'enseignement dont vous souhaitez être dispensés.**
- La copie d'une pièce d'identité
- Une copie des diplômes avec les notes obtenues pendant le parcours de formation sur chaque unité d'enseignement (dossier scolaire)
- Le cas échéant, une attestation de validation d'E.C.T.S. de moins de 3 ans.
- Un curriculum vitae
- Le cas échéant, le(s) certificat(s) du ou des employeurs attestant de l'exercice professionnel.
- Une attestation de niveau langue B2 française pour les candidats étrangers.

### Les demandes d'aménagement d'études

Les étudiants peuvent solliciter un aménagement de leurs études auprès de la section compétente pour le traitement pédagogique des situations individuelles de l'institut dès lors que leur situation le justifie au titre de l'un des cas de figure suivants :

- **activités complémentaires aux études** : étudiants salariés qui justifient d'une activité professionnelle d'au moins 10 heures par semaine en moyenne dans les six derniers mois, étudiants engagés dans plusieurs cursus, étudiants entrepreneurs, artistes et sportifs de haut niveau et étudiants exerçant les activités mentionnées à l'article L. 611-11 du code de l'éducation ;



CENTRE HOSPITALIER  
DU SUD SEINE ET MARNE

Fontainebleau - Montesson - Valvins - St-Denis

## INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

- **situations personnelles particulières** : femmes enceintes, étudiants chargés de famille ou en situation de proche aidant, étudiants en situation de handicap, étudiants à besoins éducatifs particuliers, étudiants en situation de longue maladie.

La section compétente pour le traitement pédagogique des situations individuelles détermine les possibilités d'aménagement de déroulement des études pour tenir compte des différents cas de figure mentionnés aux deux alinéas précédents. Elle propose, pour chacun des dossiers qui lui sont soumis, des aménagements qui peuvent porter, en fonction des besoins, sur l'emploi du temps, la durée du cursus d'études ainsi que sur les modalités d'enseignement et de contrôle des connaissances et des compétences, par le biais notamment des technologies numériques dont dispose l'établissement. Ces aménagements font l'objet d'un contrat pédagogique annuel signé par l'étudiant et la direction de l'institut de formation.

La demande est à déposer **au moment de l'inscription** (demande écrite et argumentée) accompagnée de toutes les pièces justificatives en votre possession. Un entretien avec la directrice de l'institut sera programmé dans les jours suivant la rentrée.

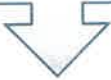
### **2/ DOSSIER PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE DE LA FORMATION (page 6)**

- certificat de scolarité de l'année précédente (si scolarisé)  
ou
- attestation de prise en charge de l'employeur  
ou
- attestation d'inscription à France travail  
ou
- attestation de la C.A.F si R.S.A  
ou
- attestation du service civique si ce dernier a été achevé par l'étudiant dans un délai d'un an avant l'entrée en formation  
ou
- justificatif relatif à la mobilisation du compte personnel de formation (C.P.F)  
ou
- contrat d'apprentissage si apprenti avant l'entrée en formation



INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS  
FORMATION EN SOINS INFIRMIERS**



RENTREE SEPTEMBRE 2024

RENTREE FEVRIER 2025

Monsieur

Madame

Nom de naissance : .....

Nom d'épouse : .....

Prénoms : .....

Adresse complète pendant la scolarité : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél domicile : ..... Tél portable : .....

Email : .....

Date de naissance : ..... Département de naissance : .....

Lieu de naissance : ..... N° de Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nationalité : .....

Adresse complète hors périodes de scolarité (si différente) :

.....

Code postal : ..... Ville : .....

**Personne à contacter en cas d'urgence :**

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Tél domicile : ..... Tél portable : .....

**SITUATION FAMILIALE :**

Célibataire

Marié(e)

Pacsé(e)

Divorcé(e)

Veuf(ve)

Enfant(s) : OUI  NON

Si oui, nombre d'enfants : .....

**VOTRE MOYEN DE LOCOMOTION :**

Vous êtes titulaire du permis B: OUI  NON  En cours

Voiture  Moto  Transports en communs



**CENTRE HOSPITALIER  
DU SUD SEINE ET MARNE**

En partenariat avec :



Version du 26/03/2024  
T1N14-1

**INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS**

**QUEL EST VOTRE NIVEAU SCOLAIRE A L'ENTREE EN FORMATION :**

- classe de 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> cycle de l'enseignement supérieur
- 1<sup>ère</sup> ou 2<sup>ème</sup> année de D.E.U.G, D.U.T, B.T.S, école des formations sanitaires et sociales
- terminale
- autre .....

**QUEL EST VOTRE NIVEAU DE CERTIFICATION MAXIMUM AU MOMENT DE L'ENTREE EN FORMATION :**

- Niveau 4 (B.P, B.T, Baccalauréat Général, Baccalauréat professionnel, Baccalauréat technologique)  
*précisez le diplôme obtenu : .....*
- Niveau 5 (B.T.S, D.U.T...)  
*précisez le diplôme obtenu : .....*
- Niveau 6 (Licence, Master 1)  
*précisez le diplôme obtenu : .....*
- Niveau 7 (Master 2, grade Master)  
*précisez le diplôme obtenu : .....*
- Niveau 8 (Doctorat,...) :  
*précisez le diplôme obtenu : .....*

Année d'obtention du dernier diplôme :

**Titulaire de la reconnaissance de travailleur handicapé :**     oui     non



**INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS**

**Situation avant d'entrer à l'IFSI permettant de déterminer ou non l'éligibilité à la subvention du Conseil Régional :**

<input type="checkbox"/> Jeunes de moins de 26 ans en poursuite d'études sans interruption (y compris ceux ayant un contrat de travail étudiant).
<input type="checkbox"/> Jeunes de moins de 26 ans avec interruption de scolarité de moins de 2 ans avant le démarrage de la formation.
<input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi (catégorie A et B) inscrit à France travail à l'entrée en formation dont le coût de formation n'est pas pris en charge par France travail. Identifiant France travail : ..... Date d'inscription : ___/___/____ Département/Ville de votre agence France travail : _____ Nom et adresse mail de votre conseiller : Etes-vous indemnisé(e) par pôle emploi ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bénéficiaire d'un P.E.C (Parcours Emploi Compétences). (indiquez ci-dessous le type et la durée du contrat) :
<input type="checkbox"/> Bénéficiaire du R.S.A (Revenu de Solidarité Active)
<input type="checkbox"/> Jeunes dont le service civique s'est achevé dans un délai d'un an avant l'entrée en formation
<input type="checkbox"/> Salarié bénéficiant de la formation professionnelle (indiquez ci-dessous le nom et l'adresse de l'employeur et la date d'entrée dans l'établissement) :
<input type="checkbox"/> Apprenti (indiquez ci-dessous le nom et l'adresse de l'employeur et la date d'entrée dans l'établissement) :
<input type="checkbox"/> Autre (à préciser ci-dessous : C.P.F, autofinancement...) : .....

Les informations relatives à l'éligibilité à la subvention du Conseil Régional sont disponibles sur notre site internet [www.ch-sud-seine-et-marne.fr/instituts de formation/IFSI-modalités de sélection](http://www.ch-sud-seine-et-marne.fr/instituts-de-formation/IFSI-modalités-de-sélection).

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document et des pièces jointes à mon dossier d'inscription.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

**Signature :**



CENTRE HOSPITALIER  
DU SUD SEINE ET MARNE

Fontainebleau - Montesson - Paris Nord - Nogent-sur-Seine



**INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS**

**AUTORISATION DROIT A L'IMAGE**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

Promotion : \_\_\_\_\_

Domicilié(e) à : \_\_\_\_\_

- Accepte d'être pris(e) en photo et filmé(e) dans le cadre de séquences pédagogiques à l'institut de formation en soins infirmiers pendant toute la durée de ma formation :  
 OUI                       NON
- Autorise la publication de ces images dans les travaux scolaires à but pédagogique au sein de l'institut de formation :  
 OUI                               NON

L'institut de formation s'engage à ne pas diffuser ces images, hors de l'institut, et à présenter mon image dans le respect des droits et de ma personne pour toute diffusion.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ signature :

N. B. : Vous pouvez à tout moment revenir sur cette autorisation en adressant un courrier à l'institut de formation.

**INFORMATION SUR LE RECUEIL DES DONNÉES**

L'article 81 de la loi du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels prévoit la transmission, de la part des organismes de formation aux financeurs, de certaines données de leurs apprenants (identification, mail, statut à l'entrée en formation...).

Le traitement de ces données a pour objet la gestion des demandes de subvention des instituts de formation et le suivi des apprenants, tout particulièrement ceux bénéficiant d'un financement de la région.

Les données sont conservées pendant toute la durée nécessaire au suivi des formations. A l'issue de cette conservation, les données sont archivées, supprimées ou anonymisées.

Vous pouvez accéder et obtenir copie des données vous concernant, les faire rectifier et, sous certaines conditions, les faire effacer. Vous disposez d'un droit à la limitation du traitement de vos données. Vous disposez également du droit de vous opposer à tout moment, pour des raisons tenant à votre situation particulière, au traitement de ces données auprès du : Délégué à la protection des données de la région Ile-de-France : [dpo@iledefrance.fr](mailto:dpo@iledefrance.fr) ou Région Ile-de-France, pôle juridique achats données, à l'attention du Délégué à la protection des données – 2 rue Simone Veil – 93400 Saint-Ouen.

Je certifie avoir pris connaissance des informations ci-dessous concernant le recueil des données.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ signature :





INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

**DOSSIER MÉDICAL**

**L'étudiant(e)**

- Nom de naissance .....
- Nom d'usage .....
- Prénom .....
- Date de naissance .....
- Situation Familiale .....
- Adresse .....
- .....
- Téléphone .....
- Adresse mail .....
- N° de sécurité sociale .....

Vous avez choisi un métier de soins qui exige de répondre à certains critères de santé physique et psychologique. Ces documents recensent l'ensemble des éléments obligatoires pour votre dossier de rentrée scolaire. Conformément à l'arrêté du 21/04/2007 modifié relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux.

**➤ Vous devez fournir au plus tard le premier jour de l'entrée en formation :**

- ↳ le certificat d'aptitude physique et psychologique (page 11) établi par un médecin agréé.
- ↳ le certificat de vaccinations et d'immunisation (page 12) rempli par le médecin de votre choix.



**CENTRE HOSPITALIER  
DU SUD SEINE ET MARNE**  
UNITE HEBERGERIE - MONTFERMEIL PALLET-YVONNE - SAMOIS SUR SEINE



En partenariat avec :



Version du 26/03/2024  
T1N14-1

**INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS**

**CERTIFICAT D'APTITUDE ÉTABLI PAR UN MÉDECIN AGRÉÉ**



Je soussigné, Docteur.....

Médecin agréé par la préfecture du département.....

Exerçant à.....

Certifie que M. ou Mme .....

Né(e) le.....

Demeurant à.....

.....

ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession d'infirmier(e).

Fait le ..... à .....

**Signature et cachet du médecin**



INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

**CERTIFICAT DE VACCINATIONS ET D'IMMUNISATION**



Je soussigné (e), Docteur .....

Atteste que M. ou Mme .....

Né(e) le .....

a été vacciné(e) contre ➡

**VACCINATIONS OBLIGATOIRES POUR L'ENTRÉE EN FORMATION**

<input type="checkbox"/> Dtpolio ou <input type="checkbox"/> dTCoqP	<b>Dernier rappel :</b>  
<b>HEPATITE B</b>  (selon les conditions fixées par l'arrêté du 02 août 2013 au verso)	Immunisé(e) : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON  Non répondeur (se) après le schéma vaccinal recommandé : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON ➡ dans ce cas, une surveillance annuelle des marqueurs sériques de l'hépatite B sera obligatoire

**VACCINATIONS RECOMMANDÉES POUR L'ENTRÉE EN FORMATION**

Le décret n°2019-149 du 27/02/2019 a suspendu l'obligation vaccinale par le BCG pour les étudiants et les professionnels des métiers de santé. Le test tuberculinique de référence reste toutefois recommandé.

<b>TUBERCULOSE</b>	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Tubertest (datant de moins de 3 mois) →	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<b>ROUGEOLE</b>	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<b>VARICELLE</b>	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<b>COQUELUCHE</b>	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<b>COVID 19</b>	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Remis en main propre à l'intéressé(e) pour faire valoir ce que de droit.

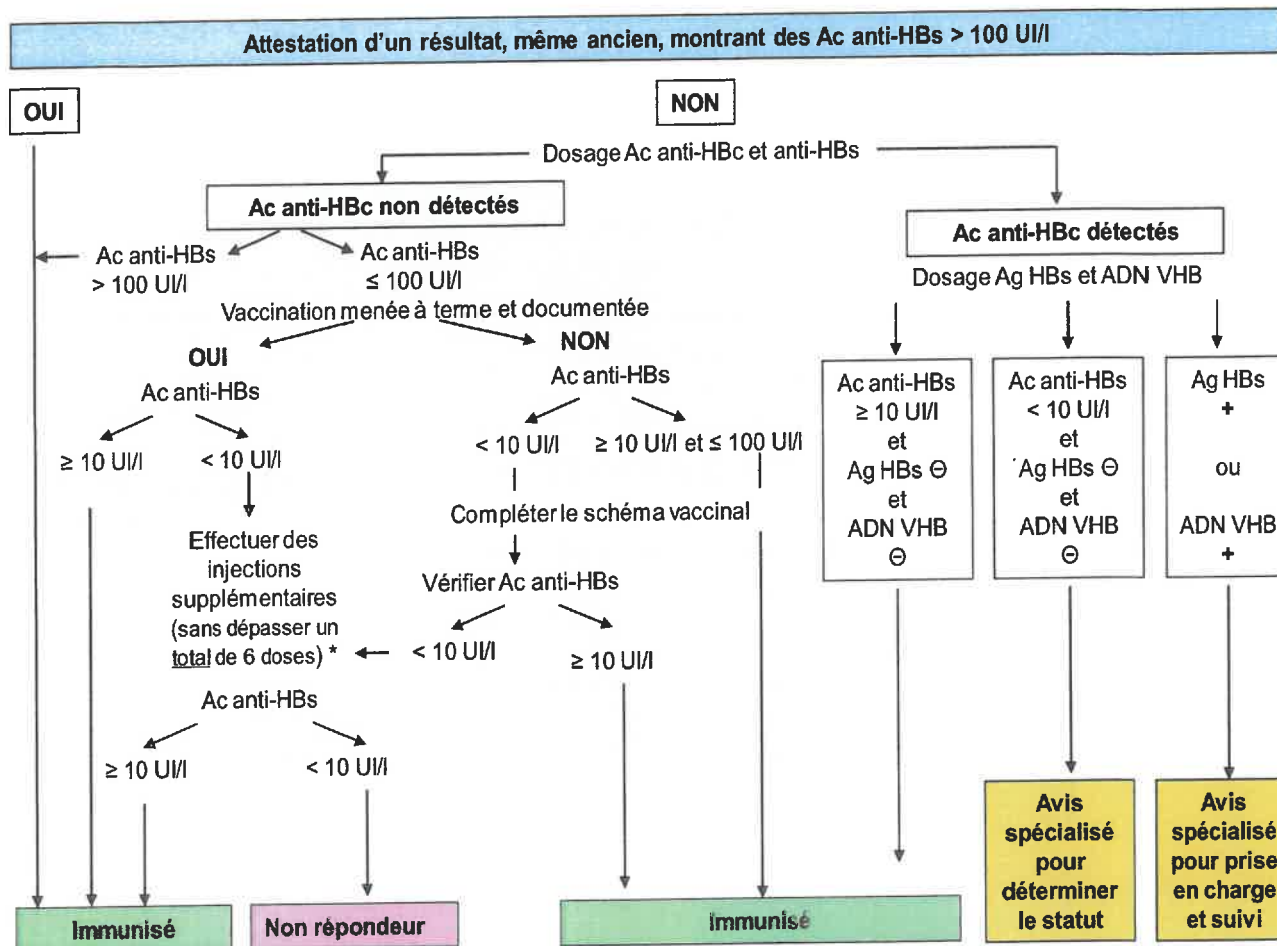
Fait le : ..... à .....

Signature et cachet du médecin



INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

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° 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 tuberculiques
- 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 modifié par l'arrêté du 17 avril 2018 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> )