

## CONFIRMATION D'AMMISSION EN IFSI

Pour confirmer votre inscription à l'IFSI d'Alençon vous devez renvoyer par courrier postal dès à présent et au plus tard pour :

- Le 17 juillet si vous avez accepté votre admission avant le 13 juillet 2020
- Le 27 août si vous avez accepté votre admission entre le 13 juillet et 23 août 2020

- ✓ La fiche d'inscription ci-jointe
- ✓ Le règlement des droits d'inscription universitaire : 170 € par chèque à l'ordre de l'IRFSS
- ✓ L'attestation d'acquiescement de la CVEC (contribution de vie étudiante et de campus) : inscription et règlement en ligne sur le site [cvec.etudiant.gouv.fr](http://cvec.etudiant.gouv.fr) (92 €)
- ✓ La copie d'une pièce d'identité (carte nationale d'identité ou passeport)
- ✓ La copie du baccalauréat ou de son équivalence
- ✓ Le relevé de notes du baccalauréat pour les candidats de terminales
- ✓ Notification de bourse
- ✓ Certificat médical par un médecin agréé et vaccinations

Pour les candidats pouvant faire l'objet de dispenses d'unités d'enseignement ou de semestres (article 7 de l'arrêté du 13 décembre 2018) :

- ✓ La copie d'une pièce d'identité (carte nationale d'identité ou passeport)
- ✓ Le(s) diplôme(s) originaux détenu(s)
- ✓ Le cas échéant, une attestation de validation d'ECTS de moins de 3 ans
- ✓ Un curriculum vitae
- ✓ Une lettre de motivation
- ✓ Une attestation de niveau de langue B2 française pour les candidats étrangers

Après réception de ces pièces, vous recevrez le dossier d'inscription à compléter.

Nous vous rappelons que l'inscription ne sera définitive qu'après vérification des preuves du dossier.

### Rappel sur les vaccinations et le suivi médical des étudiants

Conformément aux textes officiels en vigueur (art 54 de l'arrêté du 17 avril 2018) :

« l'admission définitive dans un institut de formation...est subordonnée :

- à la production au plus tard le premier jour de la rentrée d'un certificat médical **établi par un médecin agréé attestant que le candidat ne présente pas de contre indication physique et psychologique à l'exercice de la profession** »

- à la production au plus tard le jour de la 1<sup>ère</sup> entrée en stage d'un certificat médical de vaccinations... »

Vaccinations obligatoires (fiche ci-jointe) :

- Diphtérie, tétanos, poliomyélite
- Hépatite B
- BCG
- A la période préconisée, il est recommandé de vous faire vacciner contre la grippe saisonnière.

Les conditions vaccinales sont définies par l'arrêté du 02 mars 2017 relatif aux conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L3111-4 du code de santé publique.

- Le certificat médical établi par un médecin agréé et la fiche de vaccinations seront à renvoyer au plus tard pour le 1<sup>er</sup> jour de la rentrée

**IRFSS DE NORMANDIE**  
I.F.S.I.-CRF  
5 Rue du Gué de Gesnes  
61000 ALENCON  
02.33.31.67.41



**Tout changement dans la situation matrimoniale, sociale, de domicile ou de moyen de transport doit être signalée au secrétariat dans les plus brefs délais.**

ACTIVITES PROFESSIONNELLES DES PARENTS, CONJOINT (si retraité, noter la profession avec (R) à coté) :					
Pour les parents préciser le nom et prénom.	PRENOM	AGE	ETABLISSEMENT (Entreprise ou Ecole)	ACTIVITE (Profession et Statut)	Remarque divers
PERE :					
MERE :					
CONJOINT / CONCUBIN :					

**EXPERIENCES PROFESSIONNELLES (dans l'ordre chronologique)**

Début Mois/Année	Fin Mois/Année	Nom de l'entreprise	Privé/ Public	Qualification	Fonctions exercées	Nature du Contrat (1)

(1) Contrat à Durée Indéterminée (CDI) – Contrat à Durée Déterminée (CDD) – CES

- Indiquez si vous avez suivi une préparation au concours avant votre entrée en formation, si oui précisez le type de préparation suivie ; la date et le lieu :
- Classes préparatoires (éducation nationale ou lycée privé) :
  - Préparation dans un autre organisme de formation :
  - Formation à distance ( CNED... ) :
  - Préparation dans l'institut de formation :
  - Préparation dans un autre institut de F.S.S. :
  - Autres :

I.F.S.I

PHOTO  
D'IDENTITE  
à coller ici

**BOURSES**

**Réservé à**

Année	Type + Quotient

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**

NOM (de famille) : \_\_\_\_\_ NOM d'USAGE : \_\_\_\_\_

PRENOMS (souligner le prénom d'usage) : \_\_\_\_\_

NE(E) LE : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ A : \_\_\_\_\_ DEPARTEMENT : \_\_\_

NATIONALITE : \_\_\_\_\_

Situation de famille :  Célibataire  Vie maritale  PACSE  Marié(e)  Divorcé(e)  Autre

Adresse domicile : _____ -----	Adresse étude : _____ -----
CODE POSTAL : _____	CODE POSTAL : _____
VILLE : _____	VILLE : _____
TELEPHONE : _____	TELEPHONE : _____
PORTABLE : _____	PORTABLE : _____

**PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE : (en précisant le lien de parenté)**

NOM : _____	NOM : _____
TELEPHONE : _____	TELEPHONE : _____

**DIPLOMES OBTENUS OU EQUIVALENCES :**

TYPE DE DIPLOME / EQUIVALENCE	ORGANISME / ETABLISSEMENT	ANNEE
<input type="checkbox"/> BACCALAUREAT		
<input type="checkbox"/> B.E.P.S.S.	<input type="checkbox"/> B.E.P.A.	
<input type="checkbox"/> B.N.S.	<input type="checkbox"/> B.A.F.A.	
<input type="checkbox"/> A.F.G.S.U.	<input type="checkbox"/> P.S.C.1	
<b>AUTRES FORMATIONS DIPLOMANTES ou NON DIPLOMANTES: Préciser l'année</b>		

**MOYENS DE TRANSPORT UTILISE :**

	Bus / Train	Véhicule personnel
<b>Utilisé habituellement</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



croix-rouge française

<b>NOM DU MEDECIN TRAITANT :</b>

<b>Email (nom-prénom@.....):</b> .....
<b>I.N.E (10 chiffres -1 lettre) :</b> .....
<b>VOTRE N° DE SECURITE SOCIALE INSEE : avec votre date de naissance (15 chiffres):</b> .....

<b>Organisme :</b> -----	<b>CLE :</b> -----
(à demander à la CPAM si vous ne l'avez pas)	

**MUTUELLE COMPLEMENTAIRE :**

<b>ORGANISME :</b> -----
<b>ASSURE :</b> -----
<b>EMPLOYEUR :</b> -----
<b>DATE DE DEBUT :</b> ___ / ___ / ___
<b>DATE DE FIN :</b> ___ / ___ / ___
<b>CONTRAT ETUDIANT:</b> -----

**BENEFICIAIRE :** \_\_\_\_\_ **DERNIERE DATE D'INSCRIPTION :** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

<input type="checkbox"/> Pôle emploi.	Indemnisé <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>N° IDENTIFIANT :</b> .....	
<input type="checkbox"/> R.S.A	___ / ___ / ___

**CERTIFICAT MEDICAL**

Fiche médicale à faire remplir par un médecin agréé liste accessible sur internet selon votre région et à remettre le jour de la rentrée

Je soussigné (e), Dr .....

certifie que M. ou Mme.....ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession d'Aide-Soignant (e), d'Auxiliaire de puériculture ou d'infirmier(e) <sup>1</sup>

A :

DATE : .....

Signature :

**Cachet du Médecin**

<sup>1</sup> Rayer les mentions inutiles



Obligatoire pour l'entrée en Institut et à faire remplir par un médecin agréé ou par votre médecin traitant

**Attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires**

- Conformément à l'arrêté du 02 aout 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 du code de la Santé Publique
- Conformément à l'Instruction du 21 janvier 2014 relative aux modalités d'application de l'arrêté du 02 aout 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 du CSP
- Conformément à 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- art 54
- Conformément au décret du 27 février 2019 modifiant le décret du 17 juillet 2007 relatif à l'obligation vaccinale par le vaccin antituberculeux BCG
- Conformément à l'arrêté du 22 octobre 2005 modifié relatif à la formation conduisant au DEAS- art 13
- Conformément à l'arrêté du 16 janvier 2006 modifié relatif à la formation conduisant au DEAP- art 13

Je soussigné Dr..... certifie que

M..... Né(e) le..... a reçu les vaccinations suivantes

- **Contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite :**

Dernier rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N° Lot

- **Contre l'hépatite B**, selon les conditions définies au verso, il/elle est considéré (e) comme (rayer les mentions inutiles) :

- **IMMUNISE(E)** contre l'hépatite B :      - oui                                      - non
- Non répondeur (se) à la vaccination :    - oui                                              - non
- Vaccination en cours (Préciser la date des injections) :

- **Par le BCG :**

Vaccin intradermique	Date (dernier vaccin)	N° Lot

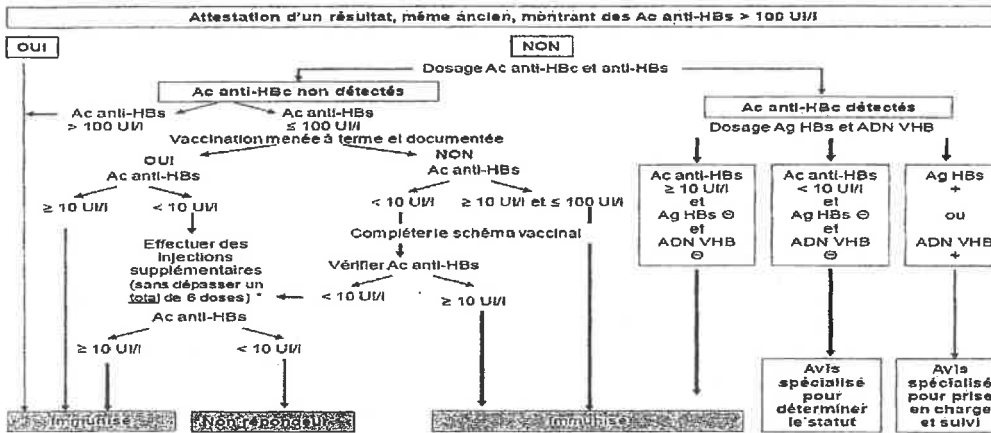
Date :

Signature et cachet du Médecin

**Cachet du Médecin**

Nota Bene : Selon le calendrier vaccinal en vigueur, il est recommandé pour ces professionnels de santé, d'être immunisé contre la coqueluche, la rougeole, la rubéole, la varicelle et la grippe saisonnière.

ALGORITHME POUR LE CONTRÔLE DE L'IMMUNISATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ



\* Sauf cas particulier voir 4\* de l'annexe 2 de l'arrêté

Légende : Ac : anticorps ; Ag : antigène ; VHB : virus de l'hépatite B



# 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<sup>(1)</sup> pendant la durée de votre formation**

VOUS ETES	QUI FINANCE VOTRE FORMATION ? <sup>(2)</sup>
En poursuite de scolarité	Région
En formation financée par la Région	Vous –même <sup>(3)</sup>
Salarié en CDI (supérieur ou égal à 24h/semaine)	Employeur ou OPCO <sup>(4)</sup> (Santé, Cohésion Sociale, ANFH, Dispositif de transition professionnelle)
Salarié en CDI (inférieur à 24h/semaine)	Région ou OPCO (si éligible)
Salarié en CDD de droit privé ou de droit public	Région ou OPCO (si éligible)
Demandeur d'emploi sans emploi	Région ou OPCO (si éligible)
Demandeur d'emploi sans emploi, éligible au CPF de transition CDD (ex CIF CDD) mais dossier CPF refusé	Région
Agent de la fonction publique (titulaire, stagiaire, contractuel en CDI, en disponibilité, inscrit ou non à Pôle-Emploi)	Pas de financement régional
Contrats aidés, Contrat de Sécurisation Professionnelle, service civique,	Région
Dans une autre situation	Vous-même

(1) Ressources : bourse régionale sur critères sociaux, allocation chômage, maintien de rémunération, ...

(2) Règles en vigueur à compter du 01/02/19 et sous réserve de modification des règles de financement régionales

(3) Cf paragraphe 2.5 « délai de carence » des règles de financement régionales

(4) OPCO : Opérateurs de Compétences

**Votre situation sera appréciée  
au moment de votre confirmation d'entrée en formation.**

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



# FINANCEMENT DE LA FORMATION

## DECLARATION DE SITUATION + LISTE DES PIÈCES À 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 2019/2020 : .....

Année scolaire 2018/2019 : .....

Année scolaire 2017/2018 : .....

Année scolaire 2016/2017 : .....

Année scolaire 2015/2016 : .....

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 2016 : 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 : .....

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 24 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) : .....

*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 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 :