

**INSCRIPTION ADMINISTRATIVE
 POUR L'ENTREE EN FORMATION PREPARANT AU DIPLOME D'ETAT D'INFIRMIER
 CANDIDATS PARCOURSUP 2024**

ADRESSE DE L'INSTITUT DE FORMATION	<p>Instituts de Formation IFSI – IFAS – IFAP Centre Hospitalier Intercommunal Robert Ballanger 93602 AULNAY-SOUS-BOIS Cedex Téléphone secrétariat : 01 49 36 71 10 Courriel : rb.secret.ifsu@ght-gpne.fr Site : www.ght-gpne.fr</p>
DOSSIER DISPONIBLE	<ul style="list-style-type: none"> - A partir du 03 juin 2024 sur le site www.ght-gpne.fr Se former → nos écoles → IFSI-IFAS-IFAP Robert Ballanger → Nos instituts → Nos actualités et événements
PERIODES D'INSCRIPTION	<ul style="list-style-type: none"> - Du lundi 3 juin 2024 au vendredi 12 juillet 2024 - Pour la phase complémentaire : consulter PARCOURSUP
INSCRIPTION EN FORMATION	<ul style="list-style-type: none"> - Sur place à l'IFSI du lundi au vendredi UNIQUEMENT sur rendez-vous auprès de Madame DA CRUZ Cathy : 01 49 36 71 10 - Se munir des documents originaux et des photocopies exigées dans le dossier d'inscription <p style="text-align: center;">Tout dossier incomplet sera rejeté.</p>
RENTREE SCOLAIRE	<ul style="list-style-type: none"> - Pré-Rentrée : Jeudi 29 août 2024 (horaires communiqués ultérieurement) - Rentrée scolaire : Lundi 2 septembre 2024 à 09h00 <p style="text-align: center;">La présence à ces 2 dates est obligatoire</p>
FINANCEMENT DE LA FORMATION	<ul style="list-style-type: none"> - Se référer à la page 3 pour la prise en charge financière

INFORMATIONS INCLUSION HANDICAP : Les candidats en situation de handicap peuvent demander lors du dépôt de leur dossier d'inscription un aménagement des conditions d'accueil.

Contact : **01.49.36.71.10** : Monsieur MAISTO Thierry (poste 4710)

E-mail : rb.ifsu.handicap@ght-gpne.fr

PIECES A FOURNIR POUR LE DOSSIER D'INSCRIPTION

1. **Une lettre manuscrite** confirmant votre inscription (cf. *Doc 1 modèle*)
2. **La fiche d'inscription** ci-jointe dûment complétée (Cf. **pages 8 et 9**).
3. **Paiement du droit d'inscription de 170 Euros (montant 2024/2025) A L'INSCRIPTION EN FORMATION :**
 - **De préférence en Carte Bancaire ou espèces directement à la Trésorerie Principale du CHI R. Ballanger (Bt 8 – 2ème Etage, ouverture Lundi, Mercredi et Vendredi de 09h00 à 12h00),**
 - Un justificatif de la Trésorerie Principale sera à fournir à l'I. F. S. I.**
 - **Par chèque bancaire ou postal de 170 Euros, établi à l'ordre du Trésor Public,****Si le chèque n'est pas au nom du candidat, joindre la photocopie de la pièce d'identité du titulaire du compte bancaire.**

Ce paiement reste acquis à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers en cas de désistement.
4. **Deux photos d'identité** (taille standard : 3,5 x 4,5 cm, tête nue, de face et sur fond blanc, conformément à la réglementation relative aux photographies de pièce d'identité).
Noter au verso des photos vos noms de naissance - prénoms et **coller une photo** sur la fiche d'inscription.
5. **Deux photocopies de la carte d'identité ou titre de séjour en cours de validité** (recto/verso sur même page)
6. **Deux photocopies recto-verso de l'attestation de droits à l'assurance maladie en cours de validité** (ou celle de la personne dont vous êtes ayant droit) et indiquer **l'adresse complète** de votre centre de rattachement, si celle-ci n'est pas précisée sur l'attestation.
7. **L'attestation d'acquiescement de la C.V.E.C (Contribution de Vie Etudiante et de Campus) pour l'année universitaire 2024/2025.**

Pour obtenir cette attestation, vous devez vous connecter sur le site www.messervices.etudiant.gouv.fr ouvrir un compte MSE (Mes Services Etudiant) et vous acquiescer de la C.V.E.C (**tarif 2024 - 2025 : 100€**).
8. **La photocopie de votre titre d'accès sur Parcoursup :**
 - Diplôme du baccalauréat (pour les bacheliers antérieurs à 2023)
 - ou Relevé de notes ou attestation de réussite pour les bacheliers de 2024,
 - ou Attestation de validation des **Unités d'Enseignement (U.E.)** de la PACES,
 - ou Décision du Jury Régional de Présélection ou Diplôme d'Accès aux Etudes Universitaires (D.A.E.U.)
 - ou Diplôme étranger accompagné de l'équivalence délivrée par le Centre ENIC de Sèvres (92) sur laquelle figure la mention que **votre diplôme permet l'accès à l'université dans le pays où il a été délivré. Sans cette précision, l'attestation ne pourra pas être prise en compte.**
9. **Deux Relevés d'Identité Bancaire originaux à votre nom (ne sont pas acceptés les RIB d'un compte Livret A ou Caisse Nationale d'Epargne).**
10. **Photocopie des Diplômes**
11. **L'attestation de désinscription de Parcoursup ou l'attestation de non inscription à Parcoursup**, générée par Parcoursup sur demande du candidat sur la plate-forme.
12. **Une adresse e-mail créée et dédiée pour toute la durée de la formation.**

Elle devra comporter les éléments suivants : prenom.nom2024@opérateur ex : andre.dupont2024@gmail.com
13. **Une attestation d'assurance responsabilité civile à votre nom :**

Elle devra **couvrir au minimum la première année (Sept. 2024 à Août 2025)** et comporter les mentions :
« accidents corporels causés aux tiers, accidents matériels causés aux tiers, dommages immatériels et couverture stages paramédicaux en milieu hospitalier (ou extra-hospitalier) ».
14. Si vous étiez scolarisé durant l'année 2023/2024, **la photocopie de votre certificat de scolarité.**
15. Si le coût de votre formation est pris en charge par un employeur, un autre organisme financeur (TRANSITION PRO : ex FONGECIF, ANFH, ...), votre Compte Personnel de Formation (C.P.F.) : fournir **l'attestation de prise en charge** de l'employeur ou de l'organisme.
16. Si vous êtes inscrit à France Travail (anciennement Pôle Emploi), fournir une attestation indiquant votre date d'inscription.
17. Si vous êtes bénéficiaire du R.S.A., fournir une **attestation R.S.A.**

PRISE EN CHARGE FINANCIERE DE LA FORMATION

La Région Île-de-France **participe aux frais de scolarité** des formations sanitaires et sociales en versant **une subvention aux établissements**. Cette participation, qui dépend du statut et du parcours scolaire et/ou professionnel des étudiants, permet de réduire le coût d'une formation.

➤ **Sont éligibles au financement par le conseil régional :**

- Les élèves et étudiants de moins de 26 ans en poursuite d'études sans interruption (y compris ceux ayant un contrat de travail étudiant),
- Les élèves et étudiants de moins de 26 ans avec interruption de scolarité de moins de 2 ans avant le démarrage de la formation,
- Les élèves et étudiants dont le service civique s'est achevé dans un délai de 1 an avant l'entrée en formation.
- Les demandeurs d'emploi, inscrits à France Travail à l'entrée en formation, dont le coût de formation n'est pas en charge par France Travail,
- Les bénéficiaires d'un Parcours Emploi Compétence (PEC), y compris en cas de démission,
- Les bénéficiaires du RSA,

➤ **Pour informations complémentaires, consulter :**

<https://www.iledefrance.fr/formations-sanitaires-et-sociales>

➤ **Si vous appartenez à l'une des catégories suivantes et que vous ne bénéficiez pas d'une prise en charge de votre employeur ou de tout autre organisme financeur :**

- Les agents publics (y compris en disponibilité),
- Les salariés du secteur privé en CDD ou CDI de plus de 78 heures par mois,
- Toute personne ayant bénéficié d'une prise en charge par Transition Pro,
- Les abandons intervenus dans le mois suivant l'entrée en formation,
- Les apprentis,
- Les personnes en validation des acquis de l'expérience,
- Les médecins et les sages-femmes diplômés à l'étranger,

Le coût des trois années de formation s'élève à la somme totale de Vingt-cinq-mille-cinq-cents Euros (25 500 TTC), soit par année :

-	Pour la 1 ère année	Dix mille six cent vingt-cinq euros TTC	(10 625€)
-	Pour la 2 ème année	Huit-mille-cinq-cents euros TTC	(8 500,00€)
-	Pour la 3 ème année	Six mille trois cent soixante-quinze euros TTC	(6 375,00€)

- **30% au 01^{er} octobre de chaque année de formation**
- **70% au 01^{er} février de chaque année de formation.**

A noter :

- 1-** Pour les employeurs ou organismes financeurs, une convention tripartite est établie.
- 2-** Pour les étudiants en autofinancement, une convention bipartite entre l'apprenant et l'Institut de Formation, précisant les modalités de paiement, sera établie au moment de l'inscription.
- 3- La formation d'infirmier.ère est éligible au Compte Personnel de Formation (CPF) :**
 - **Pour en savoir plus :** <https://www.of.moncompteformation.gouv.fr/espace-prive/html/#/landing>

CONDITIONS MEDICALES D'ENTREE EN FORMATION

Il est impératif de constituer votre dossier administratif en respectant l'ordre des pièces demandées.

DOSSIER MEDICAL :

L'admission définitive des candidats est subordonnée à la production obligatoire de documents suivants :

Au plus tard le jour de la rentrée : le Lundi 2 septembre 2024

1. Un **certificat médical d'aptitude émanant d'un médecin agréé** par l'Agence Régionale de Santé (ARS) attestant que le candidat n'est atteint d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession d'infirmière. (Cf. page 5).
 - **Vous devez utiliser le document joint intitulé « Certificat médical établi par un médecin généraliste »** <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/listes-de-medecins-agrees-en-ile-de-france>
2. Compte rendu d'une radio pulmonaire réalisée en **2024 (ne pas ramener le cliché de la radio)**

Départ premier stage : le 14 octobre 2024

Au plus tard une semaine avant le départ en stage soit le 7 octobre 2024

N'attendez pas l'admission pour prendre contact avec votre médecin traitant car 6 mois sont à prévoir pour effectuer le protocole complet des vaccinations.

3. **Une attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires*** conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France (**cf. document suivant, page 6**) et émanant du **médecin traitant** attestant que le candidat remplit les obligations d'immunisation et de vaccination.
4. **Des copies des documents suivants :**
 - **Copies du carnet de vaccinations :**
(Fournir toutes les pages concernant les vaccinations en les ayant identifiées avec vos nom et prénom)
 - **Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite,**
 - **IDR à la tuberculine datant de moins d'un an,**
 - **Vaccination contre l'hépatite B (minimum 3 injections),**
 - **Sérologie Hépatites B (fournir le document du laboratoire),**
Résultat laboratoire de la prise de sang du dosage anticorps anti-HBS (**post vaccination hépatite B**).
 - **Si résultat < 10 UI/L, veuillez consulter votre médecin traitant.**
NB : Si résultat toujours inférieur à 10 UI/L une semaine avant le départ en stage, la poursuite de la formation peut être compromise – Décision Direction des Instituts de formation.
 - **Si Hépatite chronique (fournir une attestation médicale).**

* **Rappel :**

- **Vaccinations obligatoires (Article L.3111-4 du code de la santé publique) :**
Hépatite B – Diphtérie – Tétanos – Poliomyélite.
- **Vaccinations recommandées par le Haut Comité de Santé Publique :**
Coqueluche – rougeole – grippe saisonnière – rubéole – varicelle – Covid-19

LA VACCINATION ANTI-HEPATITE B EST OBLIGATOIRE POUR TOUS LES PROFESSIONNELS DE SANTE AUCUNE DEROGATION N'EST POSSIBLE.

RAPPROCHEZ-VOUS DES MAINTENANT DE VOTRE MEDECIN TRAITANT POUR VOUS ASSURER DE VOTRE OBLIGATION VACCINALE

CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE¹ ÉTABLI PAR UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE²

Les Instituts de formation du Centre Hospitalier Intercommunal Robert Ballanger, Aulnay s/bois proposent 3 filières de formation :

- Institut de Formation en Soins Infirmiers – **I.F.S.I.**
- Institut de Formation d'Aides-Soignants – **I.F.A.S.**
- Institut de Formation d'Auxiliaire de Puériculture – **I.F.A.P.**

Le certificat médical d'aptitude est à produire impérativement :

- Le jour de la rentrée administrative à : l'I.F.S.I. – l'I.F.A.S. – l'I.F.A.P.

Je soussigné.e, Docteur.....,

- médecin généraliste agréé de l'Agence Régionale de Santé - ARS**
- médecin généraliste**

Atteste que :

Mme, M. Nom de naissance.....

Né.e le à

- Ne présente pas de contre-indication physique et psychologique :**
- Présente une ou plusieurs contre-indications physique et psychologique :**

- A l'exercice de la profession de

A (Ville)....., le (Date).....

Signature et cachet du médecin généraliste agréé

¹ **Article L3111 - 4** du Code de la santé publique, modifié par l'Ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010, - **Arrêté du 21 avril 2007 modifié notamment par les arrêtés du 17 avril 2018 et du 17 janvier 2020** relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux (art 54 et 55)
- **Arrêté du 31 juillet 2009** modifié notamment par l'arrêté du 16 décembre 2020 relatif au **diplôme d'état d'infirmier**
- **Arrêté du 10 juin 2021** relatif à la formation conduisant au **diplôme d'Etat d'aide-soignant** et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des Instituts de formation paramédicaux (art 8 ter)
- **Arrêté du 10 juin 2021** relatif à la formation conduisant au **diplôme d'Etat d'auxiliaire de puériculture** (art 8 ter)

² Médecin généraliste agréé par l'ARS pour tout primo-entrant

Attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires

Docteur (Nom Prénom) _____

Titre et qualification _____

Adresse _____

Téléphone : _____

Je, soussigné.e Dr _____, certifie que :

Nom : _____ Prénom : _____ Né.e le ____/____/____

Candidat.e à l'inscription à la formation en soins infirmiers est vacciné.e :

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

Dernier Rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N° lot

- **Contre l'hépatite B : fournir un double des résultats d'analyses du laboratoire pour la sérologie**

Nom du vaccin	Date	N° lot

Sérologie	Date	Résultats
Ac anti-HBS (> 10 UI/l)		

Selon les conditions définies ci-joint, il/elle est considéré.e comme (**cocher les mentions utiles**) :

- Immunisé.e contre l'hépatite B : oui non
- non répondeur.euse à la vaccination : oui non

- **Contre la tuberculose**

Dans le cas où l'étudiant.e a déjà été vacciné.e, compléter le cadre ci-dessous :

Vaccin intradermique	Date (dernier vaccin)	N° lot

Sont considérées comme ayant satisfait à la vaccination par le BCG (*Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiques, qui détermine les conditions dans lesquelles la cicatrice pourra être considérée comme une preuve d'une vaccination par le BCG.*) :

Les personnes apportant la preuve écrite de cette vaccination ;

Les personnes présentant une cicatrice vaccinale pouvant être considérée comme la preuve de la vaccination par le BCG.

IDR à la tuberculine	date	Résultat (en mm)

Informations ARS Ile de France : A compter du 1er avril 2019, l'obligation d'une vaccination par le BCG est suspendue pour les personnes qui sont inscrites dans les établissements préparant au métier d'aide-soignant, d'auxiliaire de puériculture et d'infirmier. Toutefois, le médecin de santé au travail du lieu de stage apprécie l'exposition au risque de tuberculose.

Une IDR sera pratiquée que s'il y a risque et pas de vaccination antérieure.

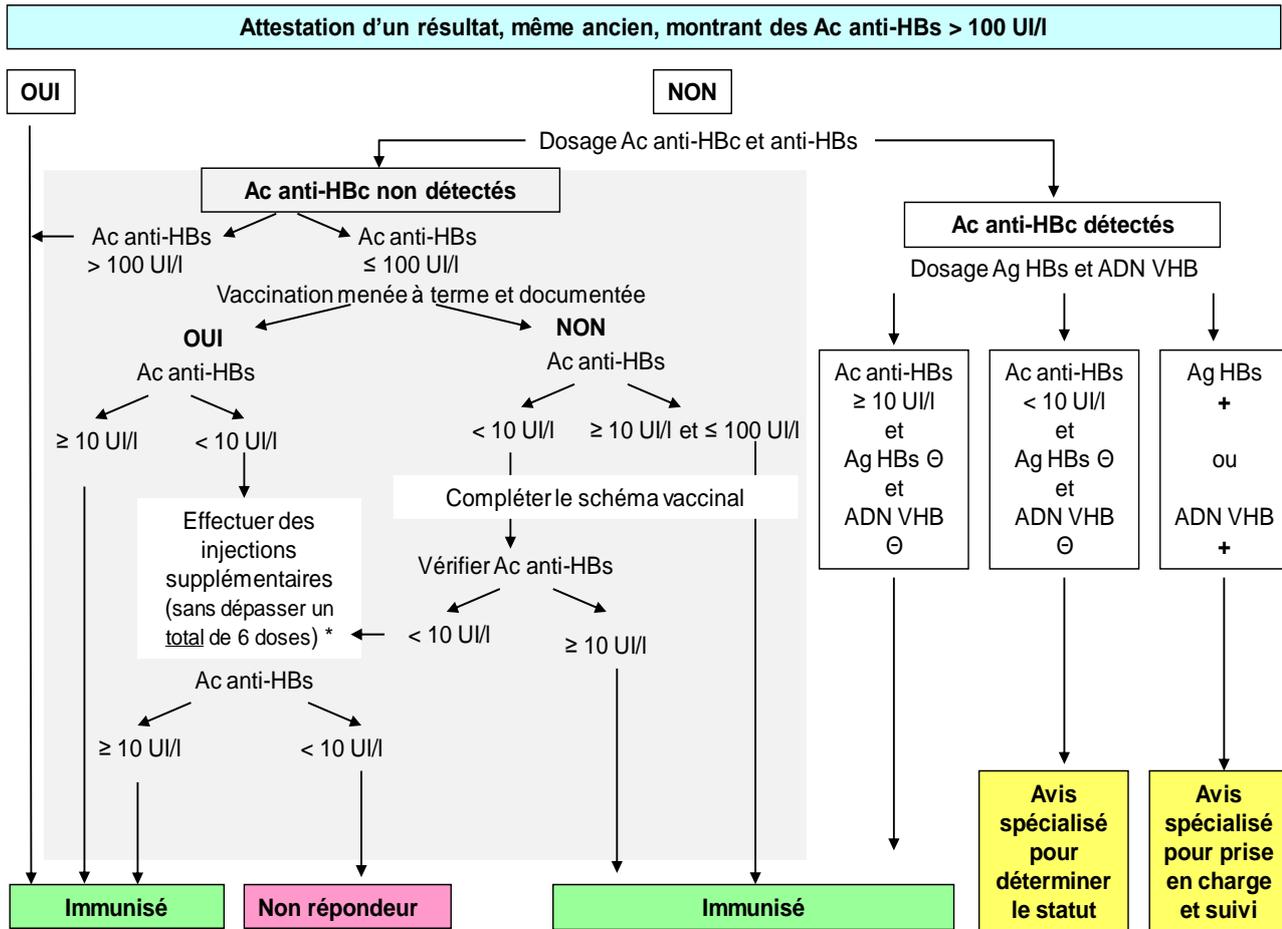
Une vaccination par le vaccin antituberculeux BCG sera proposée au cas par cas aux étudiants possiblement exposés de façon répétée au risque tuberculeux dans le cadre de leurs stages, non antérieurement vaccinés et ayant un test immunologique de référence négatif.

- **Radiologie Pulmonaire obligatoire réalisée** (moins de 3 mois) : OUI - NON (Fournir le compte rendu)

Date, signature et cachet du médecin

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

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



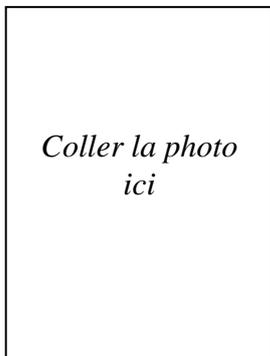
* Sauf cas particulier voir 4° de l'annexe 2 de l'arrêté

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 tuberculinqes
- 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 les arrêtés des 29 juillet 2022 et 9 juin 2023 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>)

FICHE D'INSCRIPTION
FORMATION PREPARANT AU DIPLOME D'ETAT D'INFIRMIER – SEPTEMBRE 2024



NOM DE NAISSANCE :

PRENOMS :

NOM D'USAGE :

SEXE : MASCULIN FEMININ

NATIONALITE :

Né.e le :/...../..... à : Département/Pays:

SITUATION DE FAMILLE : Célibataire Marié.e Divorcé.e Veuf.ve Pacsé.e

ADRESSE :

.....
.....

Code Postal : Ville :

TELEPHONE FIXE

--	--	--	--	--

TELEPHONE PORTABLE

--	--	--	--	--

ADRESSE E-MAIL POUR LA FORMATION : 2024 @
(Selon modèle proposé)

NIVEAU D'ETUDES ET CERTIFICATS OU DIPLOMES DONT VOUS ETES TITULAIRE :

BACCALAUREAT - Série Année d'obtention :

DIPLOME UNIVERSITAIRE :
Titre : Année d'obtention :
Titre : Année d'obtention :
Titre : Année d'obtention :

Autre diplôme :
Titre : Année d'obtention :
Titre : Année d'obtention :

EMPLOIS ANTERIEURS OU EXPERIENCE PROFESSIONNELLES :

Poste occupé : Période :

Poste occupé : Période :

Poste occupé : Période :

Vous devez fournir obligatoirement votre numéro INE ou BEA (le numéro identifiant national figure sur votre relevé de notes du baccalauréat (BEA) ou sur votre dernière carte d'étudiante). Si ce n'est pas le cas, contactez votre établissement d'origine. Ce numéro est constitué de 10 chiffres et d'une lettre :

N° INE OU BEA

SITUATION SOCIALE ACTUELLE : (au cours des 12 mois précédant l'entrée en formation) Cocher la case correspondante

SALARIE E : Formation au titre de la promotion professionnelle : OUI⁽¹⁾ NON

⁽¹⁾ SI OUI, préciser les coordonnées complètes (adresse et téléphone) de votre employeur financeur :

.....
.....
.....

INSCRIT.E France TRAVAIL : Date : Indemnisé.e Non indemnisé.e

BENEFICIAIRE DU R.S.A. – Date :

SORTANT DE SCOLARITE : ETUDES : Secondaires (jusqu'au baccalauréat)
 Supérieures, précisez la filière

AUTOFINANCEMENT : oui non

AUTRE Préciser :

SITUATION AU REGARD DE L'ASSURANCE MALADIE : (cocher la case correspondante)

Assuré.e à votre nom - Numéro Sécurité Sociale :

Ayant droit de (préciser le lien de parenté) :

Numéro Sécurité Sociale de l'Assuré.e :

ORIGINE GEOGRAPHIQUE : (Préciser le nom et le numéro du département – Enquêtes institutionnelles)

Département de fin de scolarité :

Département de résidence avant l'entrée en formation :

PERSONNE A Contacter : (cocher les cases correspondantes)

M. Mme **NOM (en majuscule) :**

LIEN DE PARENTE : Père Mère Conjoint Autre :

TELEPHONE

--	--	--	--	--

Signature

Date :/ / 2024