

INSCRIPTION ADMINISTRATIVE
POUR L'ENTREE EN FORMATION PREPARANT AU DIPLOME D'ETAT D'INFIRMIER
CANDIDATS PARCOURSUP 2020

Vous avez reçu une réponse favorable de Parcoursup et vous avez choisi **l'IFSI R. Ballanger à Aulnay-sous-Bois**. Il ne vous reste plus qu'à faire votre inscription administrative.

ADRESSE DE L'INSTITUT DE FORMATION	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.ch-aulnay.fr
DOSSIER DISPONIBLE	A partir du 19 Mai 2020 sur le site www.ch-aulnay.fr – onglet IFSI
PERIODES D'INSCRIPTION	Du mardi 19 mai 2020 au vendredi 17 juillet 2020 Pour la phase complémentaire : consulter PARCOURSUP
ORGANISATION DE L'INSCRIPTION	Sur place à l'IFSI du lundi au vendredi, en prenant rendez-vous au 01 49 36 71 10 (secrétariat pédagogique) Par courrier postal, avant le 17/07/2020, le cachet de la poste faisant foi Tout dossier incomplet ne sera pas pris en compte.
RENTREE SCOLAIRE	Rentrée administrative : Jeudi 03 septembre 2020 (présence fortement recommandée) Rentrée scolaire : Lundi 07 septembre 2020 à 9h30
FINANCEMENT DE LA FORMATION	Se référer à la page 3 pour la prise en charge financière

PIECES A FOURNIR POUR LE DOSSIER D'INSCRIPTION

1. Une lettre manuscrite confirmant votre inscription.
2. La fiche d'inscription ci-jointe dûment complétée (pages 5 et 6).
3. Un chèque bancaire ou postal de 170 Euros, établi à l'ordre du Trésor Public.
Ce paiement reste acquis à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers en cas de désistement.
4. 3 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 nom de naissance - prénoms et coller une photo sur la fiche d'inscription.
5. La photocopie de la carte d'identité ou titre de séjour en cours de validité (recto/verso sur même page)
6. La photocopie 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 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 (année 2019 : 91€, à titre indicatif).
8. La photocopie de votre titre d'accès sur Parcoursup :
 - Diplôme du baccalauréat (pour les bacheliers antérieurs à 2020)
 - ou Relevé de notes ou attestation de réussite pour les bacheliers de 2020,
 - ou Attestation de validation des Unités d'Enseignement (U.E.) de la PACES,
 - ou Décision du Jury Régional de Présélection,
 - 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.
10. Une adresse email créée et dédiée sur toute la durée de la formation.
Elle devra comporter les éléments suivants : prenom.nom2020@opérateur ex : andre.dupont2020@gmail.com
11. Une attestation d'assurance responsabilité civile à votre nom :
Elle devra couvrir au minimum la première année (Sept. 2020 à Sept. 2021) et comporter : « accidents corporels causés aux tiers, accidents matériels causés aux tiers, dommages immatériels et couverture stages paramédicaux en milieu hospitalier (ou extra-hospitalier) ».
12. Si vous étiez scolarisé.e durant l'année 2019/2020, la photocopie de votre certificat de scolarité.
13. Si vous êtes inscrit.e à une mission locale, une fiche de liaison originale précisant la date d'inscription.
14. Si le coût de votre formation est pris en charge par un employeur ou un autre organisme financeur (FONGECIF, ANFH...) : fournir l'attestation de prise en charge de l'employeur ou de l'organisme.
15. Si vous êtes inscrit.e au Pôle-Emploi **indemnisé.e ou non**, une photocopie de l'avis de situation précisant la date d'inscription au Pôle-Emploi, la catégorie de demandeur d'emploi (A ou B), ainsi que la date de début et de fin de droit.
Si votre inscription au Pôle-Emploi ne couvre pas le délai de 6 mois à la date de la rentrée, vous devrez vous acquiescer des frais de formation. Le montant minimum est de 8.000 euros TTC par année de formation, montant correspondant à la scolarité 2020/2021 et susceptible d'être réévalué pour les scolarités 2021/2022 et 2022/2023.
16. Si votre inscription au Pôle-Emploi est inférieure à 6 mois à la date de la rentrée ou si votre employeur ne prend pas en charge les frais de formation, vous devrez fournir une attestation sur l'honneur de la prise en charge à titre personnel des frais de formation.

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 25 ans et moins, inscrits ou non en mission locale, à l'exception des apprentis,
- Les élèves et étudiants sortis du système scolaire depuis moins de 2 ans, à l'exception des apprentis,
- **Les demandeurs d'emploi catégories A et B, inscrits à Pôle emploi depuis 6 mois minimum et dont le coût de formation n'est pas pris en charge par Pôle Emploi,**
- Les bénéficiaires d'un Parcours Emploi Compétence (PEC), y compris en cas de démission,
- Les bénéficiaires du RSA,
- Les élèves et étudiants dont le service civique s'est achevé dans un délai de 1 an avant l'entrée en formation.

➤ **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**, vous devrez vous acquitter des frais de formation d'un montant minimum de **8.000 € T.T.C.** par année de formation (montant correspondant à l'année 2020/2021, sous réserve de réévaluation pour les scolarités 2021/2022 et 2022/2023) :

Les agents publics (y compris en disponibilité),

- Les salariés du secteur privé (y compris en disponibilité),
- **Les démissionnaires, sauf les bénéficiaires d'un contrat aidé avant l'entrée en formation,**
- **Les demandeurs d'emploi ayant mis fin à un contrat de travail par démission ou rupture conventionnelle dans les 6 mois précédant l'entrée en formation,**
- Toute personne ayant bénéficié d'une prise en charge partielle par le CPIR (anciennement FONGECIF),
- Les abandons intervenus dans le mois suivant l'entrée en formation,
- Les apprentis,
- Les effectifs des préparations aux concours,
- Les personnes en validation des acquis de l'expérience,
- Les passerelles,
- Les médecins étrangers.

<https://www.iledefrance.fr/formations-sanitaires-et-sociales-quelles-aides-financieres-et-pour-qui>

CONDITIONS MEDICALES D'ENTREE EN FORMATION

PIECES A FOURNIR A LA PRE-RENTREE ADMINISTRATIVE du 03 septembre 2020

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

- **Certificat médical émanant d'un médecin agréé** (cf. liste ARS) attestant que le/la candidat.e présente les aptitudes physiques et psychologiques nécessaires à l'exercice de la profession.
- **Attestation médicale d'immunisation et de vaccinations** obligatoires. Celle-ci **doit être complétée, datée, signée et tamponnée** par votre **médecin traitant**. Joindre les résultats du laboratoire pour la sérologie de l'hépatite B **obligatoirement** réalisée en 2020.
- **Photocopie de toutes les pages de votre carnet de santé concernant vos vaccinations.**
- **Compte rendu d'une radio pulmonaire.**

ATTENTION :

Les documents doivent être datés de moins de 3 mois au jour de la rentrée, **soit après le 07 juin 2020.**

Il est impératif de vous munir des originaux de vos diplômes et de votre pièce d'identité le jour de la pré-rentrée car ces documents seront contrôlés.

L'horaire de la pré-rentrée vous sera communiqué ultérieurement.

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Frais annexes à régler en début de formation

- Montant de 100 euros par chèque ou carte bancaire pour la fourniture et l'entretien des tenues de stage, ainsi que l'accès au Centre de Documentation.

FICHE D'INSCRIPTION
FORMATION PREPARANT AU DIPLOME D'ETAT D'INFIRMIER - PARCOURSUP 2020



NOM DE NAISSANCE : _____

PRENOM : _____

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 MAIL POUR LA FORMATION: _____ 2020 @ _____
 (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 POLE EMPLOI : Date : _____ Indemnisé.e Non indemnisé.e

BENEFICIAIRE D'UN CONTRAT AIDE (CAE, CIE...) Préciser le type : _____

BENEFICIAIRE DU R.S.A. (EX. API) – Date : _____

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

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 : _____

VOTRE FAMILLE : (A compléter quelque soit votre situation – Enquêtes institutionnelles)

Profession de votre père (si retraité ou décédé, indiquez la profession exercée auparavant) _____

Profession de votre mère (si retraitée ou décédée, indiquez la profession exercée auparavant) _____

Profession du conjoint : _____

Nombre de frères et sœurs : _____

Prénom et âge de vos enfants : _____

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 : / / 2020

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.

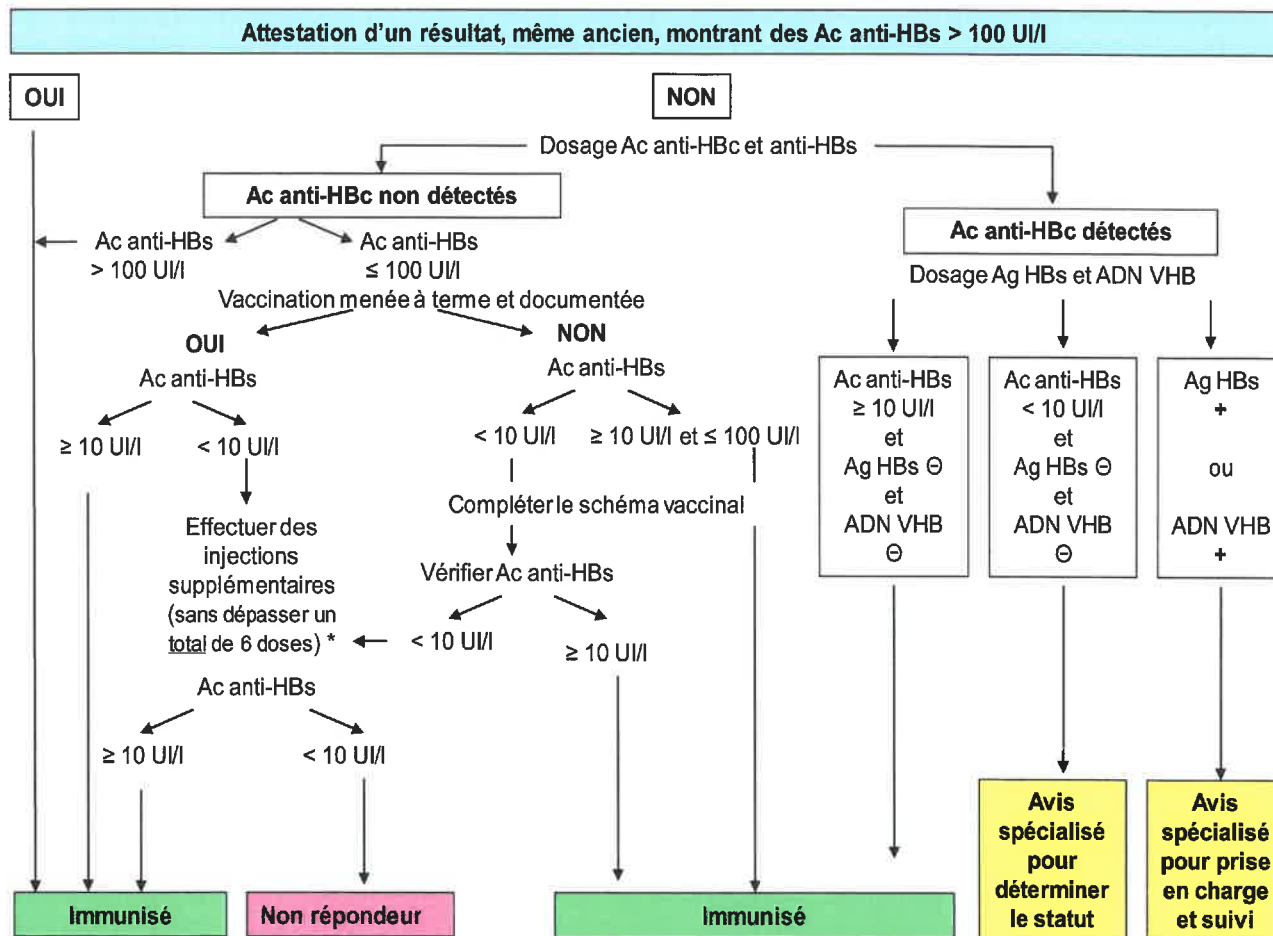
Une vaccination par le vaccin antituberculeux BCG sera proposée au cas par cas aux étudiants possiblement exposés de façon répétée au risque tuberculeux dans le cadre de leurs stages, non antérieurement vaccinés et ayant un test immunologique de référence négatif.

- **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 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 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>)