

Directrice : Michèle FOINANT

**INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS**

Directrice : Sylvie LARSONNIER

## CONFIRMATION D'INTEGRATION EN 1<sup>ÈRE</sup> ANNEE D'ETUDES D'INFIRMIER(E)

Nous avons le plaisir de vous confirmer votre intégration en 1<sup>ère</sup> année d'études préparatoires au diplôme d'État d'infirmière au sein de l'IFSI Chaptal.

Document à nous renvoyer ou déposer auprès du secrétariat :

- avant le **30 août 2019** pour les candidats **déjà titulaires du Baccalauréat**.
- avant le **30 août 2019** pour les candidats **sous réserve du Baccalauréat**.
  - La fiche de renseignements complétée ;
  - le bulletin d'inscription
  - La fiche financière
  - les pièces justificatives
  - Le dossier médical
  - les chèques de règlement.

Dans l'attente de vous accueillir, veuillez croire, à l'assurance de nos salutations distinguées.

LA DIRECTRICE

**OBLIGATOIRE**

COLLER votre

Photo d'identité

## **I N T E G R A T I O N**

PROMOTION : 2019/ 2022

Rentrée Universitaire prévue le Lundi 2 septembre 2019

### ***E T A T   C I V I L   É c r i r e   e n   m a j u s c u l e s   e t   l i s i b l e m e n t***

M    Mme

NOM : ..... Prénom : .....

(Nom de Jeune Fille pour les femmes)

NOM marital : ..... Autres Prénoms : .....

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : ..... Département de Naissance : .....

SITUATION DE FAMILLE : .....

N° SÉCURITÉ SOCIALE : .....

**(remplir obligatoirement)**

NATIONALITÉ : .....

N° TÉL PORTABLE : .....

ADRESSE E-MAIL : .....

ADRESSE : .....

CP : ..... VILLE : .....

### ***C O N C O U R S***

AVEZ-VOUS SUIVI UNE PRÉPARATION AUX ÉPREUVES DE SÉLECTION :

Oui                       Non

Si oui, Organisme (Prépa) : ..... Année : .....

DATE DU CONCOURS ET TITRE D'ENTRÉE : .....

**IFSI d'origine : .....**



Directrice : Michèle FOINANT

**INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS**

Directrice : Sylvie LARSONNIER

## **EXPERIENCES PROFESSIONNELLES**

### VOUS EXERCEZ UNE ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE :

Dans le Secteur Sanitaire et/ou Social (à préciser) : .....

CDD date de fin de contrat : .....  CDI durée en mois ou années : .....

### Si vous êtes salarié en CDI:

Nom de l'établissement : .....

Personne à contacter : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Fax : .....

### AVEZ-VOUS DEMANDÉ UN CONGÉ INDIVIDUEL DE FORMATION :

OUI  NON

Si oui, précisez nom et adresse de l'Organisme Paritaire Collecteur Agréé (ANFH, PROMOFAP, FONGECIF, UNIFAF.....) :

Nom de l'Organisme : .....

Personne à contacter : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Fax : .....

### SITUATION VIS À VIS DE PÔLE EMPLOI

Êtes-vous inscrit à Pôle Emploi :  OUI  NON

Si oui, date de votre première inscription : .....

Percevez-vous l'Allocation Retour à l'Emploi :  OUI  NON

Si oui, date de fin droit :

Si non, nous préciser si vous êtes bénéficiaire de :  ASS  RSA

**Signature**

**Fait à** \_\_\_\_\_ **, le** \_\_\_\_\_

### **A LIRE TRES ATTENTIVEMENT**

« Conformément à la réglementation européenne en vigueur à partir du 25 mai 2018, nous vous informons que les informations recueillies sont nécessaires à la gestion de votre dossier d'inscription et /ou administratif Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées à la Fondation Léonie CHAPTAL. Conformément à la réglementation, vous disposez d'un droit d'accès aux informations, de rectification, d'oubli et de transmission de vos données. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser au service secrétariat du pôle Formation. »

Directrice : Michèle FOINANT

**INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS**

Directrice : Sylvie LARSONNIER

## **CONSTITUTION DU DOSSIER**

1. **LA FICHE D'INSCRIPTION** à l'entrée en IFSI année universitaire 2018-2019, recto-verso complétée, datée et signée.
2. **UN CURRICULUM VITAE** détaillé (déroulement chronologique de vos expériences professionnelles, de votre scolarité, des formations suivies et des diplômes obtenus).
3. **ETAT CIVIL :**
  - Photocopie recto-verso de **votre Carte d'Identité ou Passeport en cours de validité sur laquelle vous noterez « certifiée sur l'honneur conforme à l'original »** datée et signée.
  - Pour les personnes de nationalité étrangère (hors CEE) :** photocopie recto-verso **agrandie** de la **carte de séjour en cours de validité sur laquelle vous noterez « certifiée sur l'honneur conforme à l'original »** datée et signée.
  - 2 photos d'identité récentes** (format standard **non scannées** avec nom au dos).
  - Attestation Sécurité Sociale à jour**
4. **TITRE OU DIPLÔMES :**

**Si vous êtes titulaire d'un diplôme étranger**, il vous appartient de nous produire **une attestation de comparabilité**. Pour cela, veuillez consulter le site ENIC-NARIC ([www.ciep.fr/enic-naricfr](http://www.ciep.fr/enic-naricfr)) qui est le centre français d'information sur la reconnaissance académique des diplômes.

  - photocopie du Baccalauréat,, **ou** d'un titre admis en équivalence du Baccalauréat, **ou** d'une autorisation à se présenter aux épreuves de sélection délivrée par l'ARS, **ou** d'un C.A.F.A.M.P. avec certificats de travail justifiant de 3 ans d'exercice professionnel en équivalent **temps plein** (à la date du début des épreuves de sélection) en tant qu'Aide Médico-Psychologique.
  - Photocopies traduites par un traducteur assermenté, du diplôme étranger d'infirmier en soins généraux, ainsi que d'un relevé détaillé du programme des études suivies, délivré et attesté par une autorité compétente (Ambassade du pays concerné en France) précisant : le nombre d'heures de cours par matière et par année de formation, durée et contenu des stages au cours de la formation (le nombre d'heures peut être globalisé par discipline et non détaillé par année), le dossier d'évaluation continue et une lettre de motivation.
  - PACES, un justificatif de validation des Unités d'Enseignement de la 1<sup>ère</sup> année des études de santé de moins d'un an.
5. **ATTESTATION CVEC**
6. **FICHE FINANCIERE et ses JUSTIFICATIFS**
7. **DOSSIER MEDICAL**
8. **CHEQUES POUR LE REGLEMENT DE LA FORMATION :**

Vous référer au bulletin de confirmation et à la fiche financière.

Directrice : Michèle FOINANT

**INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS**

Directrice : Sylvie LARSONNIER

**BULLETIN A UTILISER POUR CONFIRMER VOTRE INSCRIPTION**

**Promotion 2019 – 2022**  
**Rentrée le Lundi 02 Septembre 2019**

Étudiant(e) : .....

Promotion : **2019/2022**

Cocher la/les case(s) correspondante(s)

- Confirme mon inscription** à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers Chaptal Sarcelles pour la rentrée universitaire en **1<sup>ère</sup> année d'études** le **02 septembre 2019**.

**Si vous relevez d'un statut éligible\*** (voir détail dans la fiche financière jointe) à une prise en charge des études par le Conseil Régional d'Ile de France joindre les chèques correspondant aux frais d'inscription et de formation soit :

Un chèque de **170 €** correspondant aux droits universitaires, à l'ordre de la Fondation Léonie Chaptal, **encaissable à réception**.

Un chèque de **500 €** correspondant à une contribution forfaitaire, à l'ordre de la Fondation Léonie Chaptal, **encaissable début septembre 2019**.

**Si vous relevez d'un statut non éligible\*** (voir détail dans la fiche financière jointe) à une prise en charge des études par le Conseil Régional d'Ile de France joindre le chèque correspondant aux frais d'inscription soit :

- Un chèque de 170 euros (droits universitaires).

Contactez **obligatoirement** Madame RODRIGUEZ concernant le coût de votre formation.

***En cas de désistement seuls les droits universitaires d'inscription à l'institut (170€) ne seront pas remboursés.***

A ....., le .....

Signature :

Directrice : Michèle FOINANT

**INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS**

Directrice : Sylvie LARSONNIER

## F I C H E F I N A N C I E R E

**A DEPOSER OU FAIRE PARVENIR A l'Institut de Formation en Soins Infirmiers**

Candidat(e) : .....

### STATUT ELIGIBLE

#### A UNE PARTICIPATION DU FINANCEMENT DE LA FORMATION PAR LE CONSEIL REGIONAL D'ILE DE FRANCE

**A l'entrée en formation vous serez (cocher la case correspondante) :**

- Elève ou étudiant en formation initiale âgé de 25 ans ou moins, à l'exception faite des apprentis.
- Elève ou étudiant sorti du système scolaire depuis moins de deux ans, à l'exception faite des apprentis.  
*Fournir : **Le dernier certificat de scolarité.***
- Jeune de 16 à 25 ans sorti du système scolaire depuis plus d'un an, suivi par le réseau des Missions Locales.  
*Fournir : Une fiche **de liaison** à demander auprès de votre Mission Locale*
- Bénéficiaire du RSA socle majoré (ex API) et du RSA socle (ex RMI)  
*Fournir : Une **attestation de paiement** de la Caisse d'Allocation Familiale*
- Demandeur d'emploi inscrit à «Pôle Emploi» **depuis 6 mois au minimum** en catégorie A ou B.  
*Fournir : **Un avis de situation** à télécharger sur votre espace personnel ou à demander auprès de votre référent «Pôle Emploi» et si nécessaire le document **attestation d'inscription à un stage de formation**, le document **Allocation de Fin de Formation (AFF ou R2F)** et la **date de fin de droit.***
- Bénéficiaire d'un Parcours Emploi Compétence (y compris en cas de démission) (Contrat Aidés transformés en PEC)  
*Fournir : **La photocopie de votre contrat***
- Elève ou étudiant ayant réalisé un service civique dans un délai d'un an avant l'entrée en formation.  
*Fournir : **L'attestation de l'accomplissement de la mission***

### STATUT NON ELIGIBLE

#### A UNE PARTICIPATION DU FINANCEMENT DE LA FORMATION PAR LE CONSEIL REGIONAL D'ILE DE FRANCE

**A l'entrée en formation vous serez (cocher la case correspondante) :**

Salarié du secteur Public ou Privé en :

- Congé Individuel de Formation  
*Fournir : **la décision de Prise en charge (FONGECIF, UNIFAF,...)***
- Disponibilité  
*Fournir : **la photocopie de l'acceptation de votre employeur***
- Congé Parental  
*Fournir : **la photocopie du contrat Allocation d'Education Parental***
- Démissionnaire (sauf pour les bénéficiaires d'un contrat Aidé avant l'entrée en formation)
- Demandeur d'emploi ayant moins de 6 mois d'inscription**
- Autre, à préciser : .....

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature

Directrice : Michèle FOINANT

**INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS**

Directrice : Sylvie LARSONNIER

## FRAIS ANNUELS

Année Universitaire 2019/2020

### STATUT ELIGIBLE

A UNE PARTICIPATION DU FINANCEMENT DE LA FORMATION PAR LE CONSEIL REGIONAL D'ILE DE FRANCE

**DROITS UNIVERSITAIRES** \_\_\_\_\_ **170.00 €**

**Remboursement pour les étudiants boursiers**

**CONTRIBUTIONS FORFAITAIRES** \_\_\_\_\_ **500.00 €**

- accès aux technologies de l'information : Internet wifi, parc informatique
- accès au Centre de Documentation et d'Information,
- supports pédagogiques + une clef USB
- Forfait de 100 copies gratuites
- assurances stages (attestation établie au nom de la Fondation exigée par les services accueillant les étudiants en stages hospitaliers ou extrahospitaliers)

**Règlement lors de votre inscription : 2 chèques (170 € et 500 €) à l'ordre de la Fondation Léonie Chaptal**

### STATUT NON ELIGIBLE

A UNE PARTICIPATION DU FINANCEMENT DE LA FORMATION PAR LE CONSEIL REGIONAL D'ILE DE FRANCE

**DROITS UNIVERSITAIRES** ..... **170.00 €**

**Règlement lors de votre inscription : 1 chèque de 170 € à l'ordre de la Fondation Léonie Chaptal**

**FRAIS DE FORMATION** (prise en charge Employeur ou individuelle\*) \_\_\_\_\_ **8 950.00 €**

\*

En cas de prise en **charge Individuelle** contacter Madame RODRIGUEZ au 01 39 90 58 45 (sauf le mercredi) ou par mail :

[b.rodriquez@fondation-chaptal.fr](mailto:b.rodriquez@fondation-chaptal.fr)

**CONTRIBUTION VIE ETUDIANTE ET DE CAMPUS (CVEC) cf. fiche d'information**

**Règlement en ligne sur : [CVEC.Etudiant.gouv.fr](http://CVEC.Etudiant.gouv.fr)**

### TENUES PROFESSIONNELLES

L'achat de deux tenues professionnelles est obligatoire.

À titre indicatif, nous vous indiquons le tarif de notre prestataire de service pour 2 tenues, soit 50 euros

(Essayage et livraison à la Fondation Chaptal).

Directrice : Michèle FOINANT

**INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS**

Directrice : Sylvie LARSONNIER

## LIVRES A VOUS PROCURER POUR L'ENTREE EN FORMATION

Libellés	Prix à titre indicatif
<b>Diagnostiques infirmiers - Interventions et justifications. 4e édition</b> DE BOECK – 2016 de Marilyn DOENGES, Mary Frances MOORHOUSE, Alice Geissler-MURR ISBN 9782807305403	29,90 €
<b>Pharmacie et surveillance infirmière</b> LAMARRE - 2015 de STORA Denis ISBN 9782757307908	23,50 €
<b>Patients – Grand corps malade</b> POINTS ISBN 9782757866054	5,90 €
<b>Julie ou l'aventure de la juste distance : récit d'une soignante en formation</b> (nouvelle édition) Pascal PRAYEZ LAMARRE – 2016 ISBN 9782757308554	19,50 €

### Pour information

Une bourse aux livres sera organisée durant la 1<sup>ère</sup> semaine de la rentrée Universitaire

## DOSSIER MEDICAL

### VACCINATIONS OBLIGATOIRES POUR L' ENTRÉE EN FORMATION

**Il est impératif d'être à jour de vos vaccinations, conformément à la législation pour la réalisation de votre premier stage.**

**Des délais sont nécessaires pour que votre immunité soit acquise.**

**Nous vous conseillons donc de débiter vos VACCINATIONS AU MOINS 3 MOIS avant votre entrée en formation**

1. **Un certificat médical d'un médecin agréé par l'ARS de votre Département attestant les aptitudes physiques et psychologiques nécessaires à l'exercice de la profession.**
2. **Un certificat de vaccinations à faire compléter par le médecin agréé par l'ARS de votre Département ou votre médecin traitant.**

❖ **Pour le DTP**

La fiche vaccinale doit préciser la dénomination, les N° lot, dose et date des injections ou du dernier rappel

**Rappel prévu à 25 ans, 45 ans et 65 ans**

❖ **Pour l'hépatite B (arrêté du 2 août 2013)**

○ **Vous êtes considérés protégés contre l'hépatite B si**

- Vous avez une attestation médicale prouvant que la vaccination contre l'hépatite B a été menée à son terme et d'un résultat, même ancien, indiquant que des anticorps anti-HBs étaient présents à une concentration supérieure à 100 UI/l.

**Ou**

- Vous avez une attestation médicale prouvant que la vaccination contre l'hépatite B a été menée à son terme et de résultats prouvant que, si des anticorps anti-HBs sont présents à une concentration comprise entre 10 UI/l et 100 UI/l, et que les anticorps anti-HBc sont simultanément indétectables par des méthodes de sensibilité actuellement acceptées.

○ **La concentration des anticorps anti-HBs dans le sérum est inférieure à 10 UI/l et les anticorps HBc sont indétectables**

**Lorsque l'antigène HBc n'est pas détectable dans le sérum**, la vaccination doit être faite, ou reprise, jusqu'à détection d'anticorps anti-HBs dans le sérum, sans dépasser 6 injections (soit 3 doses additionnelles à la primo vaccination).

- **La concentration des anticorps anti-HBs dans le sérum est inférieure à 10 UI/l et les anticorps HBc sont détectables**  
Il est nécessaire de faire pratiquer une recherche d'antigène HBs et une détermination de la charge virale de l'Hépatite B
  - Si antigène et charge virale non détectables : nécessité d'avis médical pour déterminer si immunisation acquise
  - Si antigène et charge virale détectables : nécessité d'avis médical pour déterminer aptitude
  
- **la concentration des anticorps anti-HBs dans le sérum est comprise entre 10 UI/l et 100 UI/L**  
Il est nécessaire de faire pratiquer une recherche d'antigène HBs et une détermination de la charge virale de l'Hépatite B  
Si antigène et charge virale non détectables : la personne est considérée comme définitivement immunisée

### **3. Un compte-rendu de radiographie pulmonaire**

## Attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires à réaliser par un médecin

Je, soussigné(e) Dr

.....,

certifie que M / Mme. (Nom) :

.....

Prénom : ..... Né(e) le .....

Candidat(e) à l'inscription à la formation (*cocher la filière choisie*) :

aide-soignant                       auxiliaire de puériculture                       infirmier

A été vacciné(e) :

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

Dernier Rappel effectué			A jour	
			Oui	Non
Nom du vaccin	Date	N° lot		Si non, prochain rappel le :

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

- immunisé(e) / protégé (e) contre l'hépatite B                       oui                       non
- non répondeur (se) à la vaccination :                       oui                       non
- Si non, nombre de vaccinations reçues :
- Aptitude au stage :                       Oui                       Non

**IDR de référence :**

**Date :**

**Résultat :**

**Signature, date et cachet du médecin**  
médecin :

**Nom du**

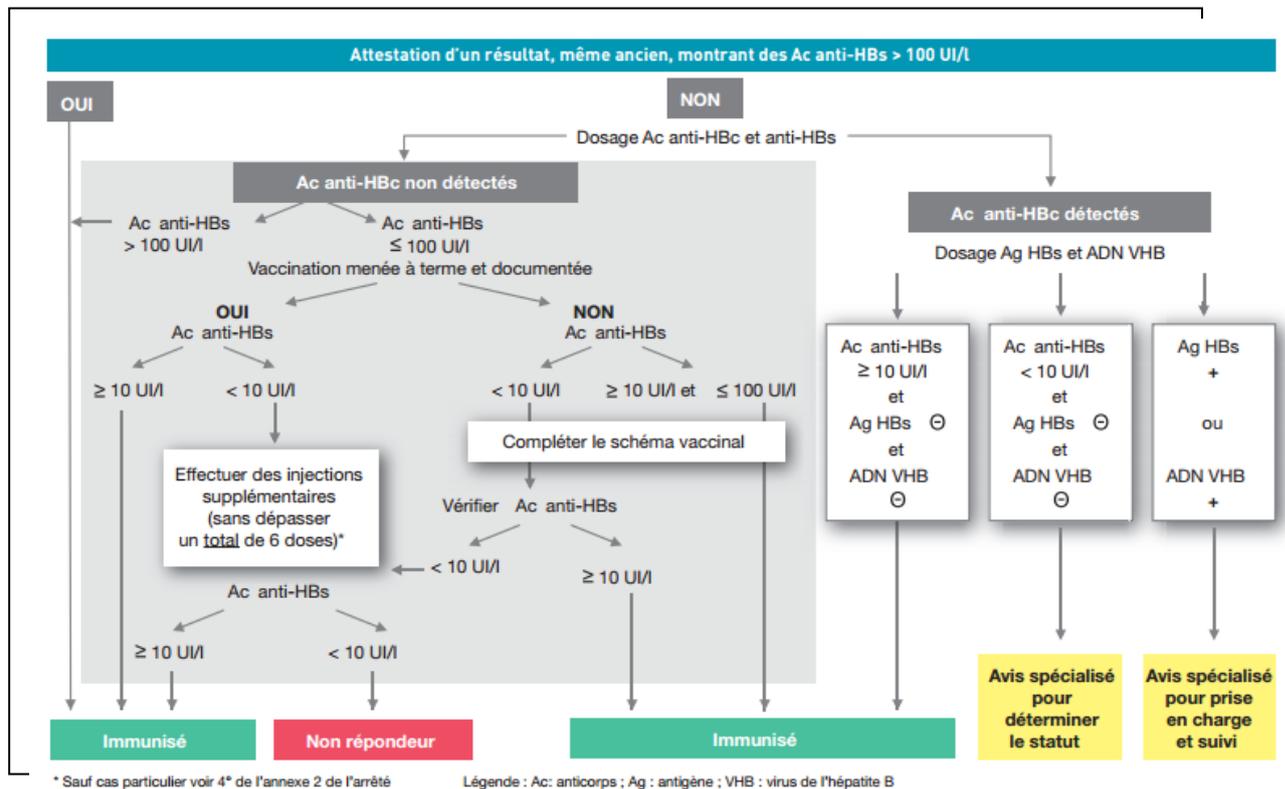
**Téléphone :**

**1** « s'il n'existe pas d'IDR de référence, une IDR doit être réalisée **IMPÉRATIVEMENT** avant l'entrée en formation ». Article 3 de l'arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et tests tuberculiques.

**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, les oreillons 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**



**TEXTES DE REFERENCE**

- Articles L.3111-1, L.3111-4 et L.3112-1 du code de la santé publique (CSP)
- **Arrêté du 22 février 2018 abrogeant l'arrêté du 2 mars 2017 suspendant les annexes I et II de l'arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L. 3111-4 du code de la santé publique**
- 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> )



Établissement reconnu d'utilité publique  
**INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS**  
Directrice : Sylvie LARSONNIER

## NOTICE D'INFORMATION

Objet : Demande de bourse 2019

Madame, Monsieur,

Depuis le 1er janvier 2005, **la région est seule compétente** pour décider de l'attribution des bourses d'études aux élèves et étudiants(e). Vous pouvez présenter une demande **sous certaines conditions**.

Pour cela vous devrez saisir **impérativement** un dossier **exclusivement sur le site <http://fss.iledefrance.fr>** à partir de **fin août jusqu'à mi-octobre 2019** (les dates exactes vous seront communiquées ultérieurement) et vous y trouverez la notice d'information et l'annexe 1 (à lire attentivement).

Nous vous rappelons qu'il est inutile de compléter le dossier **si votre situation sociale et financière ne correspond pas aux barèmes et critères d'éligibilité**. Vous pouvez réaliser **une simulation sur le site Internet de la Région**.

Nous restons à votre disposition pour toute information complémentaire et nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos meilleurs sentiments.

**Michèle FOINANT**  
Directrice de la Fondation