

Dossier d'inscription

Redoublants de 1^{ère} année



Étudiants redoublants la 1^{ère} année

Rentrée : le lundi 4 septembre 2017 à 9h00.

INFORMATION ET CONSIGNES

(A lire attentivement)

Le **vendredi 1^{er} septembre 2017 de 9h00 à 12h15** est fixée une pré-rentrée administrative où **vous devrez** vous acquitter :

- des droits d'inscription universitaire : **185 €**
- de l'assurance SHAM (obligatoire pour tous) : **32 €**

Le montant global de **217 €** sera à régler uniquement par chèque à l'ordre du trésor public avec vos Nom et Prénom au dos du chèque. *(Les paiements en plusieurs fois ne sont pas acceptés par la régie)*

Vous devrez également remettre ce jour là :

- le document **en annexe 1** pour la mise à jour de vos coordonnées,
- l'enquête **D.R.E.E.S en annexe 2** : Direction des Recherches, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques.
- L'enquête de **l'O.R.E.S en annexe 3** : Observatoire Régional des Etudes Supérieures.
- Le formulaire en vue de votre immatriculation pour votre affiliation à la sécurité sociale étudiante **annexe 4**. Pour vous aider, vous pouvez consulter les sites de la SMENO et de la LMDE :
<https://www.smeno.com/>
<https://www.lmde.fr/securite-sociale-etudiante/la-securite-sociale-etudiante>

Votre rentrée universitaire ne pourra être effective qu'après votre règlement et le dépôt des ces documents. Aucune dérogation ne sera acceptée.

Les chèques seront encaissés courant septembre 2017.

Vous trouverez en **annexe 5** l'attestation médicale à remettre à votre coordonateur de promotion *impérativement* avant le **31 décembre**. En l'absence de cette attestation, vous devrez interrompre votre formation clinique.

Toute demande de bourse devra être saisie sur la plateforme régionale du 05 juillet au 30 octobre 2017, L'adresse de connexion est : <https://aidesindividuelles.hautsdefrance.fr>

En cas de besoin un numéro vert est à votre disposition : **0800 02 60 80**.

- Les étudiants boursiers de **l'échelon Obis à 7** pourront bénéficier :
 - du remboursement des frais d'inscription, inclus dans le 1^{er} versement des bourses,
 - pour les cotisants : du remboursement de la sécurité sociale étudiante, formulaire de demande disponible sur la plate-forme.

Mise à jour de vos coordonnées

Vous redoublez votre 1^{ère} année.

NOM DE NAISSANCE :

NOM d'USAGE:

Prénom(s) :

Adresse :

.....

Téléphone : Portable :

email : @

 En cas d'urgences, prévenir :

NOM et Prénom :

Lien :

Téléphone :

Portable :

Merci d'agrafer un RIB à vos nom et prénom.

RIB avec BIC et IBAN



FORMATION AUX PROFESSIONS SANITAIRES

Questionnaire Etudiant

Ecole / Institut de formation Formation Mois et année de la rentrée actuelle (MM) / 2017Nom (majuscule) Prénoms (majuscule)

QUESTIONS CONCERNANT TOUS LES ETUDIANTS AYANT EFFECTUE UNE RENTREE SCOLAIRE EN 2017

Identifiant National Étudiant (INE) ou numéro BEA

Ce numéro est précisé sur votre relevé de notes au baccalauréat (B.E.A.) ou sur votre carte d'étudiant (I.N.E.).

Année de formation

- 1^{ère} année
 2^{ème} année
 3^{ème} année
 4^{ème} année

Redoublant en 2017

- OUI
 NON

Quel est votre statut actuellement ? (cocher une seule case)

- 1 Etudiant / élève sans autre statut
 2 Apprenti
 3 Salarié du privé ou Congé Individuel de Formation (CIF)
 4 Agent de la Fonction Publique (titulaire, contractuel ou vacataire) ou Congé de Formation Professionnelle (CFP)
 5 Demandeur d'emploi ayant quitté le système scolaire depuis moins d'un an
 6 Autre demandeur d'emploi
 7 Sportif de haut niveau

Mois et année de la 1^{ère} entrée dans la formation suivie actuellement
 /

Mois (MM) Année (AAAA)

Sexe

- Féminin
 Masculin

Nationalité

- Française
 Union Européenne
 Autre

Date de naissance

 / /

Jour (JJ) Mois (MM) Année (AAAA)

Avez-vous une reconnaissance administrative d'un handicap ou d'une perte d'autonomie* ?

- 1 Oui 3 Non
 2 Demande en cours 4 Ne sait pas

(*): reconnaissance par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), bénéficiaire de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) par exemple

De quelles aides financières bénéficiez-vous pour suivre cette formation ? (cocher 2 cases au maximum)

- 1 Aucune aide financière
 2 Etudiants : bourse ou autre aide financière du Conseil Régional
 3 Etudiants : bourse d'un Conseil Départemental ou d'un autre organisme
 4 Contrat d'apprentissage
 5 Salariés du privé : contrat de professionnalisation
 6 Salariés du privé ou agents de la Fonction Publique : contrat aidé
 7 Salariés du privé ou agents de la Fonction Publique : formation continue
 8 Salariés de la Fonction Publique Hospitalière : promotion professionnelle
 9 Congé Individuel de Formation ou Congé de Formation Professionnelle
 10 Demandeurs d'emploi (qui bénéficient à ce titre d'une indemnité chômage/allocation de retour à l'emploi/allocation formation)
 11 Allocations d'études (pour les formations en soins infirmiers, en masso-kinésithérapie ou de manipulateur d'électroradiologie médicale)
 12 Autre prise en charge
 13 Demande de prise en charge en cours

Votre situation à l'entrée en formation vous a-t-elle permis de bénéficier d'une :

- Dispense partielle de formation suite à une VAE ? OUI NON
 Dispense partielle de formation hors VAE ? OUI NON
 (y compris allègement en 1^{ère} année ou entrée directe en 2^{ème} ou 3^{ème} année par exemple)

Si votre formation est financée par un ou plusieurs organismes, indiquez lequel ou lesquels (cocher 2 cases au maximum)

- 1 Pas de financement extérieur 5 OPCA (y compris FONGECIF)
 2 Conseil régional 6 Pôle emploi
 3 Conseil départemental 7 Autre
 4 Employeur 8 Ne sait pas

QUESTIONS NE CONCERNANT QUE LES NOUVEAUX INSCRITS EN 2017

Code du département d'habitation 12 mois avant la formation¹ Code du département d'habitation à la fin des études secondaires (collège ou lycée)¹

¹ Corse : 2A ou 2B.
 Départements d'outre-mer : 9A pour Guadeloupe, 9B pour Martinique, 9C pour Guyane, 9D pour Réunion, 9F pour Mayotte
 Autres territoires d'outre-mer : 97 pour Saint-Pierre Miquelon et 98 Afrique et terres australes, Wallis et Futuna et Nouvelle Calédonie
 99 pour étranger

Avez-vous interrompu vos études pendant plus d'un an pour exercer une activité rémunérée OUI NON

NOM et prénom :

Professions de vos parents (ou tuteur) lorsque vous étiez au collège²

²Attention : il s'agit de la dernière profession exercée pour les parents retraités, décédés ou en recherche d'emploi. Cette donnée sociologique nous est très précieuse pour étudier les transformations des filières du sanitaire et social et de nombreux chercheurs dans ce domaine attendent de pouvoir l'analyser. Elle nous est utile même dans le cas où vous êtes marié(e) ou bien êtes vous-même devenu(e) parent.

Cocher une seule case par colonne, en vous référant au tableau des professions ci-dessous

Père

- ₁ Agriculteur
₂ Artisan, commerçant et chef d'entreprise
₃ Cadre et profession intellectuelle supérieure
₄ Profession intermédiaire
₅ Employé
₆ Ouvrier
₇ Inactif (n'a jamais travaillé)

Mère

- ₁ Agriculteur
₂ Artisan, commerçant et chef d'entreprise
₃ Cadre et profession intellectuelle supérieure
₄ Profession intermédiaire
₅ Employé
₆ Ouvrier
₇ Inactif (n'a jamais travaillé)

Tuteur

- ₁ Agriculteur
₂ Artisan, commerçant et chef d'entreprise
₃ Cadre et profession intellectuelle supérieure
₄ Profession intermédiaire
₅ Employé
₆ Ouvrier
₇ Inactif (n'a jamais travaillé)

Liste détaillée	Liste simplifiée	Code
Agriculteur exploitant	Agriculteur	1
Artisan Commerçant et assimilé Chef d'entreprise de dix salariés ou plus	Artisan, commerçant et chef d'entreprise	2
Profession libérale Cadre de la fonction publique Professeur et assimilé Profession information, arts, spectacles Cadre administratif et commercial d'entreprise ⁽¹⁾ Ingénieur- cadre technique d'entreprise	Cadre et profession intellectuelle supérieure	3
Instituteur et assimilé Profession intermédiaire santé-travail social ⁽²⁾ Clergé, religieux Profession intermédiaire adm.-commerce-entr; Technicien Contremaître, Agent de maîtrise	Profession intermédiaire	4
Employé civil-Agent service fonction publique ⁽³⁾ Policier et militaire Employé administratif d'entreprise ⁽⁴⁾ Employé de commerce ⁽⁵⁾ Person. service direct aux particuliers ⁽⁶⁾	Employé	5
Ouvrier qualifié Ouvrier non qualifié Ouvrier agricole	Ouvrier	6
Père (ou mère) n'ayant jamais travaillé	Inactif	7

⁽¹⁾ Cadre chargé d'études économiques, du recrutement, de la formation, de gestion courante des services financiers, chef de produit, cadre de banque, d'assurance...

⁽²⁾ Infirmier, puéricultrice, sage-femme, rééducateur, préparateur en pharmacie, assistante sociale, éducateur, conseiller familial...

⁽³⁾ Agent de la Poste, des impôts, du Trésor, des Douanes, aide soignant, agent de service hospitalier ...

⁽⁴⁾ Secrétaire, dactylo, opératrice de saisie, standardiste, employé de service comptable, financier ou juridique, employé de banque, d'assurance, hôtesse d'accueil ...

⁽⁵⁾ Vendeur en gros de biens d'équipements, en alimentation, en ameublement, photos, employé de libre service, caissier de magasin, pompiste...

⁽⁶⁾ Employé dans la restauration, coiffeur, esthéticien, assistante maternelle, employé de maison, gardien d'immeuble, technicien de l'intervention sociale et familiale ...

Situation principale avant la première entrée dans l'établissement de formation (cocher une seule case)

- ₀ Autre formation sanitaire que celle suivie actuellement
₁ Etudes secondaires (niveau inférieur ou égal au baccalauréat)
₂ Formation préparatoire à l'entrée dans la formation actuelle
₃ Première année commune aux études de santé en Faculté de médecine (PACES)
₄ Etudes supérieures (hors classe de préparation à la formation actuelle)
₅ Emploi dans le secteur sanitaire, social ou médico-social
₆ Emploi dans un autre secteur
₇ Suivi de la même formation dans un autre établissement
₈ Participation à un dispositif de formation professionnelle destiné aux personnes à la recherche d'un emploi ou d'une qualification
₉ Chômage
₁₀ Inactivité liée à la maladie ou à la maternité
₁₁ Autres cas d'inactivité (pour élever un enfant, ...)

Niveau d'études (jusqu'au bac) ou diplôme le plus élevé (à partir du bac) lors de l'accès à la formation (cocher une seule case)

- ₁ Cycle d'études primaires ou niveau 6e, 5e, 4e
_{2a} BEP Accompagnement, soins et services à la personne (ASSP), BEP carrière sanitaire et sociale
_{2b} BEPA services aux personnes
_{2c} BEPC (niveau ou diplôme)
_{2d} CAPA Services en milieu rural
₃ Autres BEP, CAP, ou fin 2nde ou 1ère
₄ Niveau fin terminale
₆ Baccalauréat
₈ Equivalence Baccalauréat (DAEU...) ou titre/diplôme de niveau IV
₉ BTS
₁₀ DUT ou niveau de bac+2 à caractère professionnel
_{11a} Première année de licence validée (L1)
_{11b} Deuxième année de licence validée (L2, DEUG, DEUST)
₁₂ LICENCE (L3)
₁₃ MASTER 1 / MAITRISE (M1)
₁₄ MASTER 2 / DESS, DEA (M2)
₁₅ DOCTORAT

Série de baccalauréat (cocher une seule case)

- ₁ Série L (A)
₂ Série ES (B)
₃ Série S (C, D, D', E)
₄ Série STI2D et STD2A (STI, F1A, F1E, F2, F3, F4, F9, F10A&B, F12)
₅ Série STL (F5, F6, F7, F7')
₆ Série STMG (STG, STT, G, H)
₇ Série STAV (STPA, STAE)
₈ Série ST2S (SMS, F8)
₉ Série Hôtellerie
₁₀ Séries TMD (F11, F11')
_{11a} Baccalauréat professionnel ASSP
_{11b} Baccalauréat professionnel SAPAT
_{11c} Baccalauréat professionnel SPVL
₁₂ Autre baccalauréat professionnel
₁₃ Equivalence / Titre à l'étranger

Année d'obtention du baccalauréat (AAAA)

Diplôme professionnel du secteur sanitaire ou social déjà obtenu (cocher une seule case)

- ₁ Aucun diplôme sanitaire ou social
_{2a} Diplôme d'État Aide médico-psychologique (DEAMP)
_{2b} Diplôme d'État Auxiliaire de vie sociale (DEAVS)
_{2c} Autre diplôme du secteur social ou médico-social
₃ Ambulancier
₄ Infirmier
₅ Sage-femme
₆ Masseur-kinésithérapeute
₇ Technicien de laboratoire médical
₈ Aide-soignant
₉ Pédicure-podologue
₁₀ Manipulateur d'électroradiologie médicale
₁₁ Ergothérapeute
₁₂ Psychomotricien
₁₃ Auxiliaire de puériculture
₁₄ Préparateur en pharmacie hospitalière
₁₅ Autre diplôme sanitaire

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à recenser les étudiants inscrits dans les formations du secteur sanitaire. Les destinataires des données sont : votre établissement de formation, la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS), l'Agence Régionale de Santé (ARS), les Ministères des affaires sociales et de la santé, de l'économie et des finances, le ministère chargé du travail et de l'emploi, le ministère en charge de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur. Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à votre direction. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.



Observatoire Régional des Etudes Supérieures

Université Lille Nord de France
Pôle de Recherche
et d'Enseignement Supérieur

Collecte des données 2017-2018

Identifiant National Etudiant

(numéro fourni à l'épreuve de français du baccalauréat, figure également sur le relevé de notes du baccalauréat)

NOM : (pour les femmes mariées : nom patronymique)

PRENOM :

SEXE

DATE DE NAISSANCE

NATIONALITE

STATUT MATRIMONIAL

0 : célibataire
1 : en couple

SITUATION SALARIALE DE L'ETUDIANT

0 : sans emploi
--- 1 : emploi temps complet
2 : emploi temps partiel

BOURSES D'ETUDES

1 : non boursier
---- 2 : boursier
(demande en cours)
3 : autres

SITUATION SALARIALE DU CHEF DE FAMILLE

0 : en activité
--- 1 : retraité
2 : chômage
3 : autres

EMPLOI DU CHEF DE FAMILLE

---- Voir codification ci-dessous

CODE DE L'ANNÉE (année de formation) : 1A

CODE POSTAL pour le lieu d'études : 59400

Adresse complète des parents

N° : Rue

Code postal : Ville :

Adresse complète de l'étudiant (si différente des parents)

N° : Rue

Code postal : Ville :

BAC série : **Mention :** non oui précisez :

BAC année : **BAC département :**

Où étiez-vous inscrit l'année dernière (en cas d'interruption des études, précisez votre dernière inscription dans un établissement d'enseignement)

Précisez l'année universitaire ----- / ----- **Département :**

NOM :

PRENOM :

Type d'établissement : ----- (voir ci-dessous)

1. Terminale, Bac Pro, Brevet Technicien Préparation au concours
2. BTS
3. IUT
4. Universités Hors IUT
5. Enseignement Uni. Privé
6. Grandes écoles
7. Ens. Par correspondance

10. IUFM
11. Etablissement préparant aux concours paramédicaux
12. Etablissement Enseignement Supérieur étranger
13. Grande école tertiaire (diplôme de sortie : bac +5)
14. Ecole Paramédicale
15. Ecole de Sage Femme
16. Ecole d'art
17. Autres

Codification du chef de famille (père ou mère)

NB. Chômeurs : codification de la dernière profession exercée.

Agriculteurs exploitants	10
Artisans	21
Commerçants et assimilés	22
Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus	23
Professions libérales	31
Cadres de la fonction publique	33
Professeurs, professions scientifiques	34
Professions de l'information arts et spectacles	35
Cadres administratifs et commerciaux d'entreprise	37
Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise	38
Instituteurs et assimilés	42
Professions intermédiaires de la santé et du travail	43
Clergé, religieux	44
Professions intermédiaires, administratif de fonction publique	45
Professions interméd admin et commu entreprise	46
Techniciens	47
Contremaîtres	48
Employés civils et agents service fonction publique	52
Policiers et militaires	53
Employés administratifs d'entreprise	54
Employés de commerce	55
Personnels de services directs aux particuliers	56
Ouvriers qualifiés	61
Ouvriers non qualifiés	66
Ouvriers agricoles	69
Anciens agriculteurs exploitants	71
Anciens artisans, commerçants, chefs d'entreprise	72
Anciens cadres et professions intermédiaires	73
Anciens employés et ouvriers	76
Chômeurs n'ayant jamais travaillé	81
Autres personnes sans activité professionnelle	82
Non renseigné (inconnu ou sans objet)	99

FORMULAIRE EN VUE DE L'IMMATRICULATION D'UN ETUDIANT

Année 2017/2018

IDENTITÉ

Madame Monsieur

Nom : Nom de naissance : Prénom :

Né(e) le : à :

CP : Pour Paris, Lyon et Marseille Indiquer l'arrondissement Pays : Nationalité :

COORDONNÉES

Adresse de l'étudiant(e) :

Adresse des parents :

Téléphone : E-mail :

Diplôme préparé : Année d'études :

CADRE RÉSERVÉ AUX ÉTUDIANTS ÉTRANGERS VENANT FAIRE LEURS ÉTUDES EN FRANCE

■ Etes-vous ressortissant de l'Espace Economique Européen ? oui non

Si oui, avez-vous une Carte Européenne d'Assurance Maladie ? oui non

Si oui, indiquez sa date de validité

■ Etes-vous ressortissant d'un pays hors de l'Espace Economique Européen ? oui non

RENSEIGNEMENTS PARTICULIERS

1. Avez-vous déjà été immatriculé au régime français de Sécurité Sociale ? oui non

Indiquez votre numéro de Sécurité Sociale personnel

2. Avez-vous une activité salariée ? (+ de 150 h par trimestre ou 600 h par an couvrant la totalité de l'année universitaire) oui non

(si oui, fournir votre contrat de travail à votre établissement ou un justificatif des indemnités ASSEDIC)

3. Quelle est la profession de vos parents ? (reporter le n° de la profession de vos parents de la liste ci-dessous*)

■ Votre père : *De qui dépendiez-vous avant d'être étudiant(e) ?* votre père votre mère

■ Votre mère :

4. Etes-vous étudiant boursier de l'enseignement supérieur ? oui non *(si oui, fournir l'attribution de bourses à votre établissement)*

5. Cotisation Sécurité Sociale Etudiante déjà payée dans un autre établissement (joindre justificatif) oui non

6. Centre payeur que vous avez choisi *(SMENO : réseau emeVia/LMDE : Centre 601/Autre)*

A Le Signature

CADRE RESERVE À L'ÉTABLISSEMENT

Régime de Sécurité Sociale pour cette année universitaire :

Régime Etudiant :

Cotisant

Boursier Non

cotisant

Régime obligatoire autre :

Couvert par les parents Salarié

Etudiant en possession d'une

Carte Européenne d'Assurance Maladie

Etudiant + 28 ans

Date versement cotisation :

Cachet de l'établissement
 et signature :

(*) Profession de vos parents : Numéro à reporter

1. **Salarié et assimilé** (Fonctionnaire de l'Etat • Fonctionnaire territorial ou hospitalier • Artiste auteur • Praticien ou auxiliaire médical conventionné sauf option profession libéral • Exploitant ou salarié agricole • Comédie Française • CCI de Paris)

2. **Travailleur non salarié ou régimes spécifiques** (Artisan • Commerçant • Profession libérale • Clercs et employés de notaires • Cultes • EDF-GDF • Militaires • Mines • RATP • Sénat)

3. Marine Marchande (ENIM), Assemblée Nationale, Grand port de Bordeaux

4. SNCF, Unesco, ONU, Ambassades, Espace Economique Européen (travaillant au sein des institutions européennes comme le Parlement Européen de Strasbourg, la Commission Parlementaire de Bruxelles, la Cour des Comptes du Luxembourg...)

5. Frontalier Suisse, Andorre, Monaco, Québec, Nouvelle-Calédonie, Polynésie Française

Retraités : indiquer le numéro de la profession exercée auparavant

QUELS JUSTIFICATIFS DOIS-JE FOURNIR ?

Pour votre affiliation au régime étudiant de Sécurité sociale :

VOTRE SITUATION	PIÈCE À FOURNIR
Moins de 20 ans au 31 août de l'année prochaine	Attestation de droits Sécurité sociale du parent qui vous couvrait jusqu'à présent
Etudiant boursier	Attestation d'attribution de bourses (provisoire acceptée)
Etudiant ressortissant d'un pays hors de l'Espace Economique Européen	Photocopie de votre titre de séjour valide

Pour votre dispense d'affiliation au régime étudiant de Sécurité sociale :

VOTRE SITUATION	PIÈCE À FOURNIR
Etudiant qui reste couvert par la Sécurité sociale de son parent	Attestation de droits du régime spécifique de Sécurité sociale de votre parent
Etudiant Salarié	Photocopie de votre contrat de travail avec 150 h par trimestre ou 600 h par an allant du 1er septembre au 31 août de l'année prochaine
Etudiant touchant des indemnités ASSEDIC	Attestation de vos indemnités ASSEDIC avec une durée allant du 1 ^{er} septembre au 31 août de l'année prochaine
Etudiant ressortissant d'un pays de l'Espace Economique Européen	Photocopie de votre carte européenne valide jusqu'au 31 août de l'année prochaine

Pour les cotisants (voir tableau ci-dessous) : joindre un chèque d'un montant de **217€** à l'ordre du Trésor public avec vos noms et prénom au dos du chèque.

	Âge atteint entre le 01/09/2017 et le 31/08/2018		
	Jusqu'à 19 ans né après le 31/08/1998	20 ans né entre le 01/09/1997 et le 31/08/1998	21 à 28 ans né entre le 01/09/1989 et le 31/08/1997
<p>Profession du parent dont vous dépendez pour vos remboursements de santé ▼</p> <hr/> <p>TRAVAILLEUR SALARIÉ ET ASSIMILÉ Salarié du privé, praticien ou auxiliaire médical conventionné, agent des collectivités territoriales, fonctionnaire, exploitant ou salarié agricole, Banque de France, ouvrier d'État, magistrat, Caisse des dépôts, artiste auteur, CCI de Paris, Comédie-Française, Théâtre national de l'Opéra, demandeur d'emploi.</p> <hr/> <p>TRAVAILLEUR NON SALARIÉ ET DÉPENDANT D'UN RÉGIME SPÉCIFIQUE Artisan, commerçant, profession libérale, EDF, GDF (Engie), RATP, Mines, Militaires, clerc et employé de notaire, Sénat, régime des cultes, fonctionnaire international, Caisse des Français à l'Étranger.</p> <hr/> <p>AUTRE PROFESSION DÉPENDANT D'UN RÉGIME SPÉCIFIQUE Assemblée Nationale, Marine marchande (ENIM), Grand Port de Bordeaux.</p> <hr/> <p>AGENT SNCF</p>	Sécurité sociale étudiante OBLIGATOIRE et GRATUITE	Sécurité sociale étudiante OBLIGATOIRE et PAYANTE	Sécurité sociale étudiante OBLIGATOIRE et PAYANTE
	Maintien de la Sécurité sociale de vos PARENTS	Sécurité sociale étudiante OBLIGATOIRE et PAYANTE	Sécurité sociale étudiante OBLIGATOIRE et PAYANTE
	Maintien de la Sécurité sociale de vos PARENTS	Maintien de la Sécurité sociale de vos PARENTS	Sécurité sociale étudiante OBLIGATOIRE et PAYANTE
	Maintien de la Sécurité sociale de vos PARENTS		



ATTESTATION MÉDICALE

En référence à l'arrêté du 06 Mars 2007 et du 02 Août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L 3.111-4 du code de la santé publique (et plus particulièrement des personnes inscrites en Institut de Formation en Soins Infirmiers)

Je, soussigné(e) :

Docteur en médecine, certifie que :

NOM DE FAMILLE :

NOM D'USAGE :

Prénom :

Date de naissance :

Étudiant(e) en Soins Infirmiers **en redoublant la 1^{ère} année.**

1. présente les aptitudes physiques et psychiques à l'exercice de la profession d'infirmier(ère)
2. a été vacciné(e) :

● **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) :**

- Immunisé(e) contre l'hépatite B : oui non
- Non répondeur(se) à la vaccination : oui non

● **Par le BCG :**

Vaccin intradermique ou Monovax	Date (dernier vaccin)	N° Lot
IDR à la tuberculine	Date	Résultat (en mm)

Date :

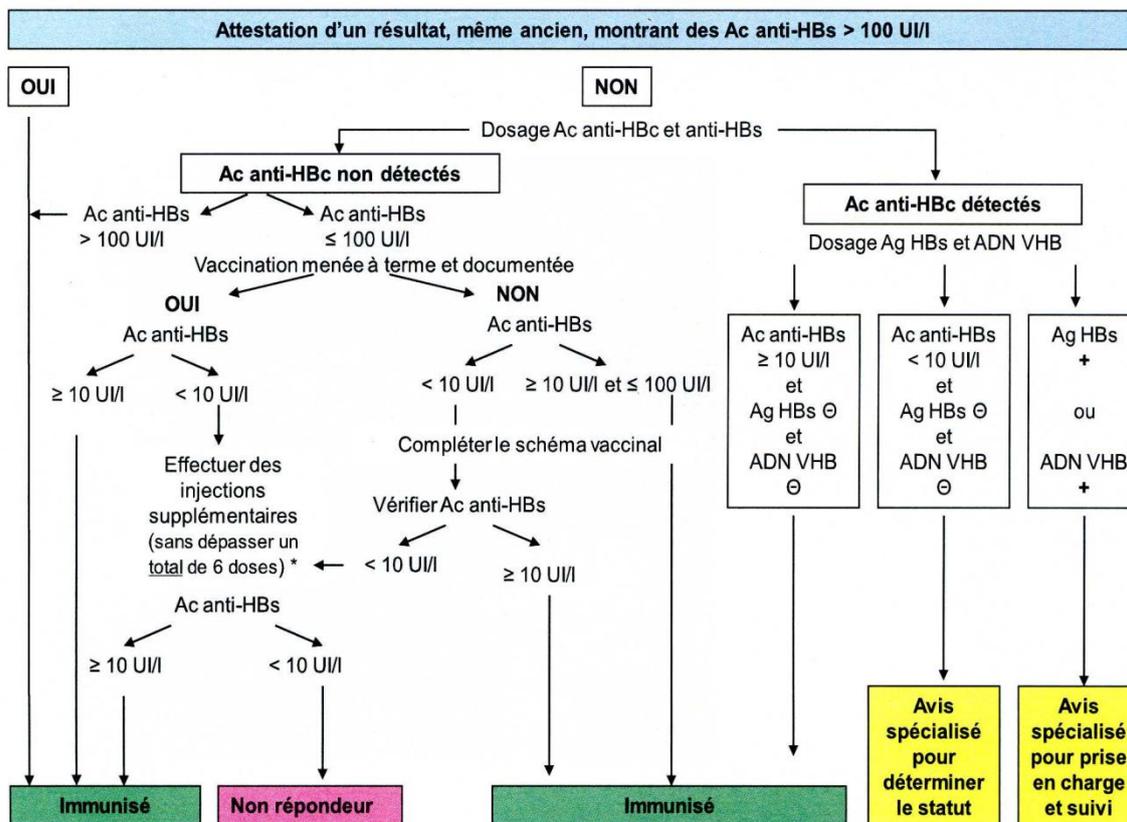
Signature et cachet :

A noter : 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 varicelle et la grippe saisonnière.

L'attestation ne peut être annotée « en cours de vaccination ». Les vaccinations doivent être réalisées complètement pour l'entrée en Formation.

Document à remettre à votre coordonateur de promotion ***impérativement*** avant le 31 décembre de l'année en cours. En l'absence de cette attestation, l'étudiant devra interrompre sa formation clinique.

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

Références :

- 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.gov.fr/vaccinations-vaccins-politique-vaccinale.html>).