

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2019 / 2020

DOSSIER D'INSCRIPTION EN 1^{ère} ANNÉE DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

INFORMATIONS ET CONSIGNES (A lire attentivement)

Dépôt des dossiers d'inscription au secrétariat de l'Institut le :
mercredi 28 août 2019 de 13h30 à 17h.
(Jour de la pré-rentrée)



**Tout dossier incomplet ne sera pas accepté et
l'inscription refusée.**

Le dossier doit être imprimé exclusivement en recto.

L'entrée en formation est fixée le lundi 2 septembre 2019 à 9h00.

Pièces à joindre obligatoirement au dossier

- **La fiche de renseignements** dûment complétée (**annexe 1**).
- **Une photocopie** de :
 - ✓ votre permis de conduire (*recto/verso en couleur*),
 - ✓ votre carte d'identité ou votre passeport en cours de validité, (*recto/verso en couleur*),
 - ✓ votre carte vitale,
 - ✓ de votre relevé de notes du baccalauréat,
 - ✓ de votre diplôme de baccalauréat si obtenu avant 2019.
- **Un chèque** de **215 €** à l'ordre du trésor public correspondant au frais d'inscription (*Nom et Prénom au dos du chèque*).
- **Un R.I.B.** à vos Nom et Prénom : à agraffer à (**l'annexe 2**).
- **L'attestation d'acquittement** de la CVEC, correspondant à la Contribution Vie Etudiante et de Campus, démarche obligatoire à effectuer sur le site : cvec.etudiant.gouv.fr
Vous trouverez les informations sur le site : [http://www.etudiant.gouv.fr/](http://www.etudiant.gouv.fr)
- Les **autorisations** de communiquer une adresse mail et d'exploitation d'images (**annexe 3**).
- L'enquête de **l'O.R.E.S** complétée (**annexe 4**).
- **Une adresse mail** selon le format : "nom.prenom@fournisseur au choix" en minuscule, sans accent et envoyer un mail à sec.ifsich-cambrai.fr en indiquant en objet : ADRESSE MAIL suivi de votre NOM et Prénom.
- **Une attestation** de démission ou de non-inscription sur ParcoursSup (*demande à effectuer sur la plateforme ParcoursSup*).
- Une **attestation médicale**, émanant d'un médecin agréé, attestant que vous ne présentez pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession. (**annexe 5**).
- Une **attestation médicale de vaccinations**, conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France. (**annexe 6**).

Toute demande de bourse devra être saisie sur la plateforme régionale du **03/07/2019 au 30/10/2019**, 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 automatique des frais d'inscription, inclus dans le 1^{er} versement des bourses.

FICHE DE RENSEIGNEMENTS - 1^{ère} ANNÉE

NOM DE NAISSANCE : Prénom(s) :

NOM D'USAGE :

Adresse de résidence durant votre formation :

.....

.....

Téléphone : Portable :

Email : @

Avez-vous des enfants ? : oui non **Si oui** : combien :

Avez- vous une expérience en milieu hospitalier ?

Si oui :

en stage (*précisez la formation*) :

en contrat (*précisez l'emploi*) :

autres (*précisez*) :

Lieu(x) :

.....

.....

Connaissez-vous des personnes travaillant en milieu hospitalier ou en clinique (dans un rayon de 30 km de Cambrai) ?

Si oui, indiquez le(s) lieu(x) et le(s) lien(s) de parenté :

.....

.....

.....

NOM DE NAISSANCE : Prénom(s) :

Avez- vous déjà pratiqué une ou plusieurs activités professionnelles ?

Si oui : précisez laquelle/lesquelles :

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

Etes-vous titulaire du permis de conduire ? oui non en cours

Avez-vous un véhicule ? oui non

Etes-vous titulaire de l'AFGSU de niveau 2 (*Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence*) ?

Si oui, fournir **obligatoirement l'original** de l'attestation qui vous sera rendue après photocopie.

En cas d'urgence, prévenir :

NOM et Prénom :

Lien :

Téléphone : Portable :

1^{ère} ANNÉE

Relevé d'Identité Bancaire

à votre Nom et Prénom avec les N° BIC et IBAN

NOM : Prénom :

Document àagrafer

AUTORISATION DE COMMUNIQUER UNE ADRESSE MAIL

Je soussigné(e) :

Autorise

N'autorise pas

l'Institut de Formation en Soins Infirmiers du Centre Hospitalier de Cambrai à communiquer mon adresse mail :
à la société « *Julie et Floriant* » pour la commande des tenues de stage.

Signature de la personne concernée, précédée de la mention « lu et approuvé ».

Mention :

Fait à, le

Signature :

AUTORISATION D'EXPLOITATION D'IMAGES

Je soussigné(e) :

Autorise

N'autorise pas

Joindre 1 photo format : H : 4,5 cm – L : 3,5 cm

l'Institut de Formation en Soins Infirmiers du Centre Hospitalier de Cambrai à exploiter, libre de tout droit, toute image de moi-même sur tout support réalisé dans le cadre de sa mission exclusivement, notamment dans le cadre du suivi informatisé de ma scolarité (carte étudiant, dossier scolaire, trombinoscope, etc..) dans le logiciel dénommé « *Forméis* » édité par la société Epsilon Informatique.

Signature de la personne concernée, précédée de la mention « lu et approuvé ».

Mention :

Fait à, le

Signature :

Attaché à l'aide d'un trombone votre photo d'identité avec vos nom et prénom au verso de la photo

Observatoire Régional des Etudes Supérieures

Collecte des données 2019-2020

Identifiant National Etudiant (INE)

(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 et prénom :

Observatoire Régional des Etudes Supérieures

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 intermé admin et commu entreprise	46
Techniciens	47
Contremaitres	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



ATTESTATION MÉDICALE

Art 54 de l'arrêté du 17 avril 2018 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de Formation paramédicaux.

Je soussigné(e) : médecin agréé, atteste que :

NOM :

NOM de jeune fille (*obligatoire pour les femmes mariées*) :

Prénom :

Date de naissance :

Ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession infirmière.

Date	Cachet	Signature



ATTESTATION MÉDICALE

1^{ère} année

NOM DE FAMILLE :

NOM D'USAGE :

Prénom :

Date de naissance :



Les vaccinations doivent être anticipées avant l'entrée en formation.

Lors du premier stage, une attestation annotée "en cours de vaccination" ne permet pas l'entrée en stage et la formation est automatiquement interrompue.

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, au décret N° 2019-149 du 27 février 2019 relatif à l'obligation vaccinales par le vaccin antituberculeux BCG.

VACCINATIONS OBLIGATOIRES

	Nombre d'injection	Date	Rappel	Date
DIPHTÉRIE- TÉTANOS- POLIOMYÉLITE	1 ^{ère}		1 ^{er} rappel	
	2 ^{ème}		2 ^{ème} rappel	
	3 ^{ème}		3 ^{ème} rappel	

	Nombre d'injection	Date	Dosage d'anticorps anti HBS	
			Date	Résultat
HÉPATITE B	1 ^{ère}			
	2 ^{ème}			
	3 ^{ème}			
	4 ^{ème}			
	5 ^{ème}			
	6 ^{ème}			

VACCINATIONS RECOMMANDÉES

	Nombre d'injection	Date	I.D.R.	
			Date	Résultat
TUBERCULOSE	1 ^{ère}			
	2 ^{ème}			

	Nombre d'injection	Date	Rappel	Date
COQUELUCHE	1 ^{ère}		1 ^{er} rappel	
	2 ^{ème}		2 ^{ème} rappel	
	3 ^{ème}		3 ^{ème} rappel	

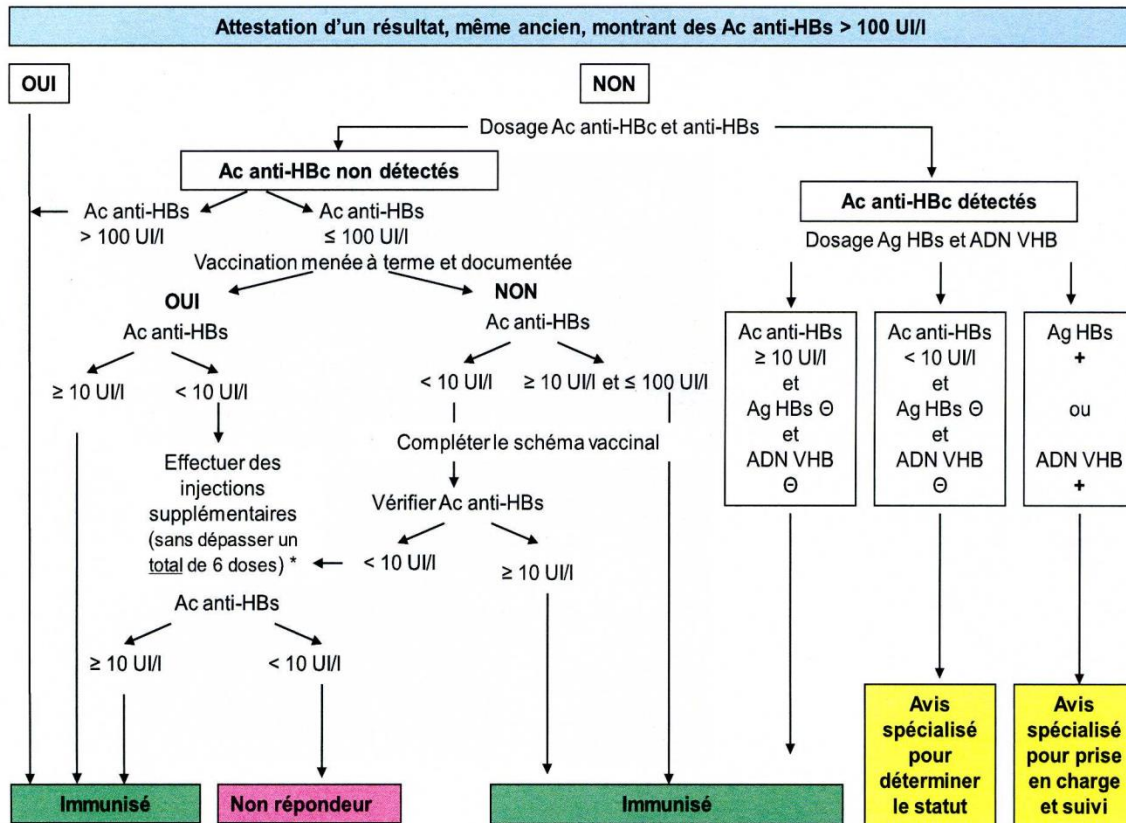
GRIPPE SAISONNIÈRE : la vaccination antigrippale reste fortement recommandée pour les professionnels de santé, étudiants en santé compris. (Note d'information N°DGS/SP1/DGOS/PF2/DGCS/MSP/2018/215 du 14 septembre 2018 relative à la vaccination contre la grippe saisonnière des personnels des établissements sanitaires et médico-sociaux)

Date

Cachet

Signature

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