

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2021 / 2022

## DOSSIER D'INSCRIPTION EN 3<sup>ème</sup> ANNÉE DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

### INFORMATIONS ET CONSIGNES

(A lire attentivement)

Adresser par courrier en recommandé avec avis de réception à l'adresse suivante :

**Institut de Formation en Soins Infirmiers**  
A l'attention de Mme Nathalie CHLPAC  
20, rue du Colonel Francis Nicol  
59407 CAMBRAI CEDEX.

**Le vendredi 6 août 2021 au plus tard.**



**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 mercredi 1<sup>er</sup> septembre 2021 à 13h30.** Cependant, le contexte de la crise sanitaire peut nous amener à la modifier. Dans ce cas, elle vous sera communiquée dans les plus brefs délais.

## Pièces à joindre obligatoirement au dossier

- **La fiche de renseignements** dûment complétée (**annexe 1**).
- **Une photocopie** de :
  - ✓ votre carte d'identité ou votre passeport en cours de validité, (recto/verso en couleur)  
*Cette pièce d'identité est obligatoire pour l'obtention du diplôme d'État. Par conséquent, vérifiez qu'elle soit valide jusque décembre 2022 inclus, sinon pensez à la renouveler et à transmettre une photocopie au secrétariat dans les plus brefs délais.*
  - ✓ votre permis de conduire (recto/verso en couleur),
  - ✓ la carte grise du véhicule utilisé pendant la formation,
  - ✓ votre carte vitale,
  - ✓ votre attestation de droits à l'assurance maladie (CPAM).
- **Un R.I.B.** à vos Nom et Prénom à agraffer à **l'annexe 2**.
- **L'attestation d'acquiescement** de la CVEC, correspondant à la Contribution Vie Etudiante et de Campus, démarche obligatoire à effectuer sur le site : [cvec.etudiant.gouv.fr](http://cvec.etudiant.gouv.fr)  
Vous trouverez les informations sur le site :  
<https://www.etudiant.gouv.fr/fr/cvec-une-demarche-de-rentree-incontournable-955>
- **L'autorisation** d'exploitation d'images (**annexe 4**).
- L'enquête de **l'O.R.E.S** complétée (**annexe 5**).
- Un **certificat médical**, attestant que vous ne présentez pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession (**annexe 6**).
- Un **certificat médical de vaccinations**, conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France (**annexe 7**).
- La **fiche d'identification** de la DREETS en **annexe 9** complétée en LETTRES MAJUSCULES.  
(Inscription au jury régional du diplôme d'État).
- Un **chèque de 205 €** à l'ordre du Trésor Public correspondant aux frais d'inscription.  
(Nom et Prénom au dos du chèque).

## DÉMARCHE ADMINISTRATIVE RECOMMANDÉE

### BOURSE RÉGIONALE

Toute demande de bourse devra être saisie sur la plateforme régionale des bourses d'études sanitaires et sociales du **17/05/2021 au 29/10/2021**.

L'adresse de connexion est : <https://aidesindividuelles.hautsdefrance.fr>

Contacts : un numéro vert 0 800 026 080 – Courriel : [bess@hautsdefrance.fr](mailto:bess@hautsdefrance.fr)

Les étudiants boursiers bénéficieront du remboursement des frais d'inscription lors du 1<sup>er</sup> versement.

### TENUE DE FORMATION CLINIQUE

L'instruction ministérielle N° DGOS/RH1/2020/155 du 9 septembre 2020 impose aux établissements accueillant des étudiants et élèves en santé non-médicaux en stage, la mise à disposition et l'entretien de tenues professionnelles.

Tous les établissements partenaires ne sont pas en capacité de mettre en œuvre cette instruction pour la rentrée de septembre 2021.

Afin que les conditions requises en stage et en laboratoire soient respectées, l'achat d'une ou plusieurs tenues professionnelles est donc vivement recommandé.

Vous pouvez, si vous le souhaitez, effectuer une commande à un tarif préférentiel en vous référant aux instructions indiquées en **annexe 8**.

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS - 3<sup>ème</sup> ANNÉE**

NOM DE NAISSANCE : ..... Prénom(s) : .....

NOM D'USAGE : .....

Adresse de résidence durant votre formation :

.....

.....

Téléphone : ..... Portable : .....

Email : ..... @ .....

Vous devez **impérativement** être titulaire d'une boîte mail « outlook.fr » (*fournisseur obligatoire*) selon le format suivant (*en minuscule et sans accent*) :

[nom.prenom.ifsicambrai@outlook.fr](mailto:nom.prenom.ifsicambrai@outlook.fr)

**NB** : en cas de création, envoyer un courriel à partir de la boîte mail ainsi créée à [sec.ifsic@ch-cambrai.fr](mailto:sec.ifsic@ch-cambrai.fr) en indiquant en objet : ADRESSE MAIL suivi de votre NOM et Prénom.

En cas d'urgence, prévenir :

NOM et Prénom : .....

Lien : .....

Téléphone : ..... Portable : .....

**Relevé d'Identité Bancaire**

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

NOM : ..... Prénom : .....

*Document àagrafer*



## INSCRIPTION UNIVERSITAIRE 2021/2022 ÉTUDIANTS EN SOINS INFIRMIERS

Du 4 octobre au 5 novembre 2021 (dernier délai).

Après avoir réalisé et payé votre inscription à l'Institut de Formation.

### I. PREMIÈRE INSCRIPTION A L'UNIVERSITÉ



*Si vous étiez précédemment inscrit dans une autre université, vous devrez fournir une attestation de transfert.*

*Ce document est à demander auprès de votre université de provenance.*

#### Vous êtes bachelier.

Inscription en ligne via le site <https://inscription.uphf.fr/>

Il vous sera demandé votre **numéro INE** (*figure sur le relevé de notes du baccalauréat*) et votre date de naissance.

Les pièces à déposer obligatoirement sur le site sont :

- Une photo d'identité.
- Une copie d'une pièce d'identité en cours de validité.
- Une attestation de paiement de la Contribution Vie Etudiante et de Campus (CVEC).
- Un relevé de notes du baccalauréat.

Vous recevrez ensuite un mail d'activation de votre compte avec un mot de passe à créer pour l'accès à l'**Espace Numérique de Travail (ENT)** et à la **Bibliothèque Universitaire**.

Vous êtes NON bachelier : contacter le secrétariat de l'institut au 03 27 37 67 30.

### II. RÉINSCRIPTION A L'UNIVERSITÉ

Réinscription en ligne sur le site <https://inscription.uphf.fr/>

Il vous sera demandé votre **numéro étudiant** (*figure sur la carte étudiante et sur le certificat de scolarité*) et votre date de naissance.

Les pièces à déposer obligatoirement sur le site sont :

- Avis de redoublement ou de passage en année supérieure. (« *Feuille de passage d'année* » délivrée par l'Institut)
- Attestation de paiement de la Contribution Vie Etudiante et de Campus (CVEC).

### III. LA CARTE ÉTUDIANTE

Elle vous sera remise par l'institut avec un certificat de scolarité au cours du mois d'octobre. Elle restera valable pendant toute la durée de la formation et sera actualisée chaque année à l'aide d'un sticker correspondant l'année universitaire en cours.

Elle est à conserver précieusement. Toute nouvelle demande d'édition fera l'objet d'une facturation.

**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 de ma scolarité (*Dossier scolaire, trombinoscope, etc...*) et de toute manifestation organisée au sein de l'établissement (*Journée portes-ouvertes, Séminaire, .....*)

*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

Référence :

- ✓ Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés
- ✓ Ordonnance n° 2011-1012 du 24 août 2011 relative aux communications électroniques
- ✓ Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL)

## Observatoire Régional des Etudes Supérieures

*Collecte des données 2021-2022*

### 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) : **3A**

**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 interméd 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



## CERTIFICAT MÉDICAL

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

Je soussigné(e) : Docteur ....., 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



# CERTIFICAT MÉDICAL

3<sup>ème</sup> 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 <sup>ère</sup>		1 <sup>er</sup> rappel	
	2 <sup>ème</sup>		2 <sup>ème</sup> rappel	
	3 <sup>ème</sup>		3 <sup>ème</sup> rappel	

	Nombre d'injection	Date	Dosage d'anticorps anti HBS	
			Date	Résultat
HÉPATITE B	1 <sup>ère</sup>			
	2 <sup>ème</sup>			
	3 <sup>ème</sup>			
	4 <sup>ème</sup>			
	5 <sup>ème</sup>			
	6 <sup>ème</sup>			

## VACCINATIONS RECOMMANDÉES

	Nombre d'injection	Date	I.D.R.	
			Date	Résultat
TUBERCULOSE	1 <sup>ère</sup>			
	2 <sup>ème</sup>			

	Nombre d'injection	Date	Rappel	Date
COQUELUCHE	1 <sup>ère</sup>		1 <sup>er</sup> rappel	
	2 <sup>ème</sup>		2 <sup>ème</sup> rappel	
	3 <sup>ème</sup>		3 <sup>ème</sup> rappel	

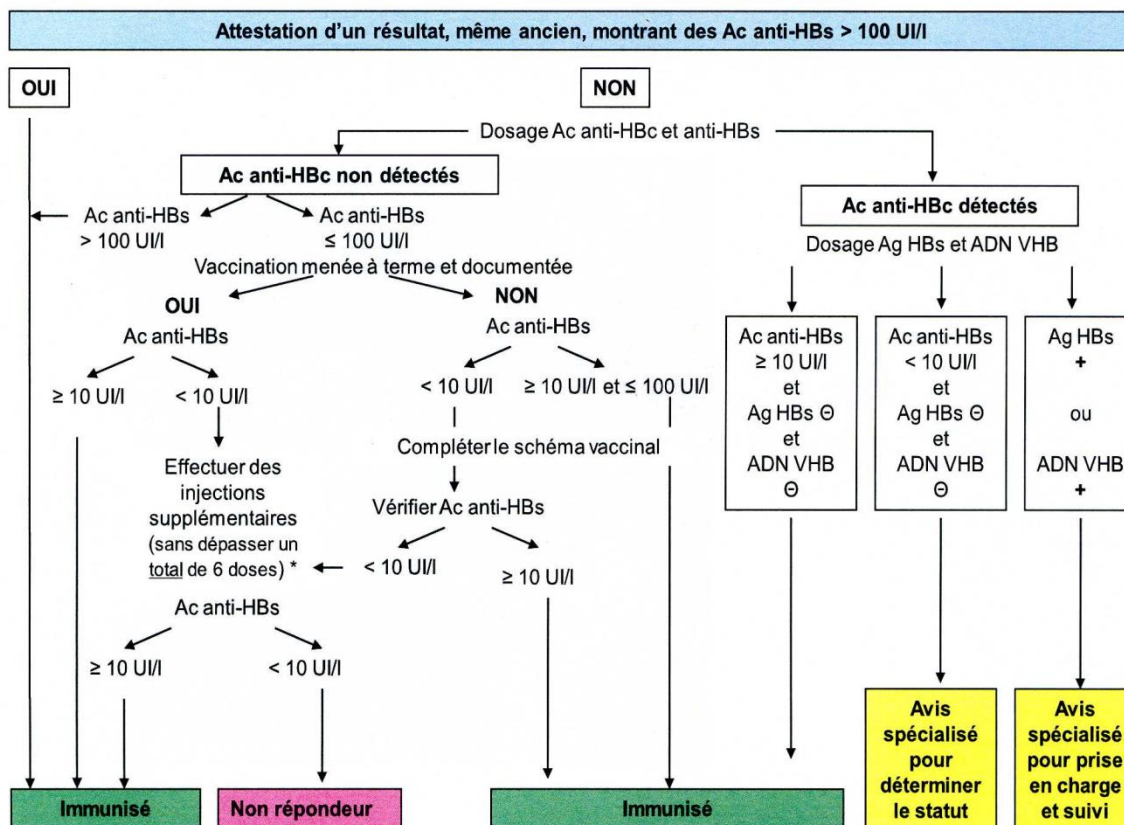
**GRIPPE SAISONNIÈRE** : la vaccination antigrippale reste fortement recommandée pour les professionnels de santé, étudiants en santé compris. (Note d'information N°DGS/SP1/DGOS/PF2/DGCS/MSP/2018/215 du 14 septembre 2018 relative à la vaccination contre la grippe saisonnière des personnels des établissements 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.gov.fr/vaccinations-vaccins-politique-vaccinale.html>).

# COMMANDE DE TENUES PROFESSIONNELLES



Site recommandé : <https://www.label-blouse.net/monecole>

Commande du : **01/08/2021** au **17/09/2021**.

Au-delà de cette date, un supplément de 5€ TTC sera facturé (*remboursé en cas de retard justifié par l'institut*).

Livraison : à partir du **04/10/2021**. (*Attention : votre 1<sup>er</sup> stage débute le 18 octobre 2021*)

Forfait individuel et frais de port : 7€ TTC

## ÉTIQUETTE PERSONNALISÉE :

A coller obligatoirement sur la poche poitrine de la tunique.

Respecter scrupuleusement les consignes de collage indiquées via le tuto :

<https://www.label-blouse.net/comment-poser-mon-etiquette-841/>

## POUR TOUTE RÉCLAMATION

Vous connectez sur votre compte client afin de générer une étiquette « Retour »

(*Forfait retour complet à 6€ TTC ; totalement gratuit si la société est responsable de l'erreur*).

Contact : ☎ 03 74 46 82 39

Mail : [ecole@julie-et-floriant.com](mailto:ecole@julie-et-floriant.com)

## INSCRIPTION

### AU DIPLÔME D'ÉTAT D'INFIRMIER

### AUPRES DE LA DREETS



DOCUMENT CI-DESSOUS A COMPLÉTER ET A JOINDRE AU DOSSIER



**PRÉFET  
DE LA RÉGION  
HAUTS-DE-FRANCE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**Direction régionale  
de la jeunesse, des sports  
et de la cohésion sociale**

**IDENTIFICATION DU CANDIDAT**

**(Institut) : CAMBRAI**

**Nom de Naissance (en majuscule) :** .....

**Nom Marital :** .....

**Prénoms (tous les prénoms) :**

.....

**Date de Naissance :** .....

**Lieu de naissance :** .....

**Département de naissance (en toutes lettres):**

.....

**OU**

**Pays:** .....

**Adresse :** .....

.....

**Numéro téléphone :** ..... **Numéro portable :** .....

**Adresse Mail :** .....@.....

Cet imprimé servira à établir votre diplôme, vous devez joindre impérativement, **une copie claire et lisible**, en cours de validité :

- de la **Carte d'Identité**
- ou du **Passeport**

**Le permis de Conduire n'est pas accepté.**

**Signature du candidat**

★ **Souhaitez-vous que votre nom apparaisse sur les résultats qui seront publiés sur le site internet [www.hauts-de-France.jscs.gouv.fr](http://www.hauts-de-France.jscs.gouv.fr) (liste des reçus) ?**

**OUI**

**NON**