

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2022 / 2023

# DOSSIER D'INSCRIPTION EN 1<sup>ère</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 lundi 8 août 2022 au plus tard** pour les candidats ayant confirmé leur inscription administrative avant le 20 juillet 2022.
- **Le jeudi 1<sup>er</sup> septembre 2022 au plus tard** pour les candidats ayant confirmé leur inscription administrative avant le 26 août 2022.



**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 jeudi 1<sup>er</sup> septembre 2022 à 9h.**

## Pièces à joindre obligatoirement au dossier

- **Les fiches de renseignements** dûment complétées (**annexe 1**).
- **Une photocopie** de :
  - ✓ votre permis de conduire (*recto/verso en couleur*),
  - ✓ la carte grise du véhicule utilisé pendant la formation,
  - ✓ votre carte d'identité ou votre passeport en cours de validité, (*recto/verso en couleur*),
  - ✓ votre carte vitale,
  - ✓ votre attestation de droits à l'assurance maladie (CPAM),
  - ✓ votre AFGSU de niveau 2 (*Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence*) pour les personnes concernées.
- **Un R.I.B.** à vos Nom et Prénom à agraffer à **l'annexe 2**.
- **La déclaration** relative au **financement** de la formation. (**annexe 3**).
- **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](https://www.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**).
- **Une attestation** d'admission en formation en Soins Infirmiers à l'IFSI de Cambrai, demande à effectuer sur la plateforme Parcoursup (*Étudiant redoublant non concerné*).
- Un **certificat médical**, émanant d'un médecin agréé, 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**).
- **Uniquement** pour les étudiants mineurs à la date de la rentrée de septembre 2022 (**annexe 8**).
- **Uniquement** pour les étudiants redoublants : un chèque de 221 € à l'ordre du Trésor Public correspondant aux frais d'inscription. (*Nom et Prénom au dos du chèque*).

## COÛT DE LA FORMATION



|  |                |
|--|----------------|
| <u>Coût pédagogique annuel</u>   | 6 600 €        |
| <u>Droits d'inscription annuelle</u>   | 170 €          |
| <u>Cotisation Vie Etudiante et de Campus</u> ( <i>sous conditions</i> )  | 92 €           |
| <u>L'assurance SHAM</u> ( <i>obligatoire pour tous</i> ).  | 32 €           |
| <u>Le portfolio</u> pour les stages ( <i>uniquement la 1<sup>ère</sup> année</i> ).  | 10 €           |
| <u>Le recueil des principaux textes</u> relatifs à la formation préparant au diplôme d'État et à l'exercice de la profession infirmier/ière ( <i>uniquement la 1<sup>ère</sup> année</i> ) | 5 €            |
| Petit matériel ( <i>fontaine à eau, distributeurs...</i> )   | 4 €            |
| <b>TOTAL :</b>   | <b>6 913 €</b> |

## PUBLICS NON-ELIGIBLES AU FINANCEMENT DE LA FORMATION PAR LA RÉGION HAUTS-DE-FRANCE.

Le financement possible de la formation des publics *NON-ELIGIBLES* peut être pris en charge par :



**L'employeur** : pour les salariés du secteur public (*y compris en disponibilité*) et privé.

**Un OPérateur de COmpétences (OPCO)** : pour les salariés en Congé de Formation.

**L'étudiant** : financement personnel.

## FINANCEMENT DE LA FORMATION

### PUBLICS ELIGIBLES AU FINANCEMENT DE LA FORMATION PAR LA RÉGION HAUTS-DE-FRANCE.



Vous êtes demandeur d'emploi inscrit à Pôle Emploi.

| CONDITIONS   | JUSTIFICATIFS A FOURNIR   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Sans contrat de travail</b> ou avec <b>un contrat de travail précaire</b> (CDD, contrat d'intérim ...) jusqu'à l'entrée en formation.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Justificatif de Pôle Emploi.</li> <li>➤ Copie du contrat de travail.</li> <li>➤ Attestation sur l'honneur de mobilisation du CPF*.</li> <li>➤ Copie des droits au CPF*.</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Avec un contrat de travail</b> à condition que l'activité salariée ne fasse pas obstacle au bon déroulement de la formation.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Justificatif de Pôle Emploi.</li> <li>➤ Copie du contrat de travail.</li> <li>➤ Attestation sur l'honneur de mobilisation du CPF*.</li> <li>➤ Copie des droits au CPF*.</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayant démissionné d'un CDI <u>uniquement dans le cadre de démissions légitimes.</u><br/>(ne pas démissionner dans le seul but de s'inscrire à Pôle Emploi pour obtenir le financement de sa formation par la Région) conformément à l'accord d'application relatif à l'assurance chômage en vigueur.</li> <li>• Les travailleurs indépendants répondant aux conditions d'indemnisation par le régime d'assurance chômage à compter du 01/11/2019.</li> <li>• Les salariés du secteur privé.</li> <li>• Les salariés du secteur public employant des salariés en CDI de droit privé.</li> </ul> <p><u>Sont exclus de ce dispositif :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ les titulaires d'un CDD ou d'un contrat de mission.</li> <li>✓ Les agents de droit public.</li> <li>✓ Les fonctionnaires.</li> <li>✓ Les travailleurs non-salariés.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Justificatif de Pôle Emploi.</li> <li>➤ Attestation sur l'honneur de mobilisation du CPF*.</li> <li>➤ Copie des droits au CPF*.</li> </ul>   |

**\*CPF : Compte Personnel de Formation.** Pour mobiliser son CPF, le demandeur d'emploi s'informe auprès d'un conseiller en évolution professionnelle et fournit à l'organisme de formation une attestation des droits en euros de son CPF.

## DÉMARCHE ADMINISTRATIVE RECOMMANDÉE

### BOURSE RÉGIONALE

Toute demande de bourse devra être saisie sur la plateforme régionale des bourses d'études sanitaires et sociales du **30/05/2022 au 30/11/2022**.

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.

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 9**.

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS - 1<sup>ère</sup> 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 :

.....

.....

.....

En cas d'urgence, prévenir :

NOM et Prénom : .....

Lien : .....

Téléphone : ..... Portable : .....

**ANNÉE UNIVERSITAIRE 2022/2023**

**L1**

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

Adresse Mail (hors celle des études) :

**1. SITUATION A L'ENTRÉE EN FORMATION :**

- A la recherche d'un emploi
- En activité
- En poursuite d'études

**2. STATUT A L'ENTRÉE EN FORMATION :**

- Apprenant en parcours de formation initiale  
*Rendez vous directement à la question N°4*
- Salarié     droit public     droit privé  
                   titulaire         contractuel
- Personne en recherche d'emploi inscrite sur la liste Pôle Emploi
- Date d'inscription :
  - Indemnisé :    oui                     non
  - N° identifiant pôle emploi :
- Personne en recherche d'emploi non inscrite sur la liste Pôle Emploi
- Activité bénévole (engagement citoyen)
- Intermittent du spectacle
- Personne en Contrat de Sécurisation Professionnelle

**3. PARTICULIER EMPLOYEUR :                     OUI                     NON**

Si **NON**, dernier employeur et emploi occupé :

Raison sociale :

Ville :

N° SIRET :

N° URSSAF :

Dernier emploi occupé :

**CATÉGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE :**

- Agriculteurs exploitants
- Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- Cadres et professions intellectuelles supérieures
- Employés
- Ouvriers
- Professions Intermédiaires

**TYPE DE CONTRACTUALISATION :**

- CDD Contrat à durée déterminée
- CDI Contrat à durée indéterminée
- Contrat d'apprentissage (alternance)
- Contrat de professionnalisation (alternance)
- Contrat de Sécurisation professionnelle (CSP)
- Intérimaire (mission d'intérim)
- Autre

**DATE DE FIN DE CONTRAT OU DE RUPTURE DU CONTRAT :****MOTIF DE FIN DE CONTRAT :****4. MOTIF D'ENTRÉE DANS LE CYCLE DE FORMATION :**

- Début prévu de formation
- Mutation (en provenance d'autre établissement)
- Redoublement (changement de promotion)
- Réintégration

**5. NIVEAU SCOLAIRE A L'ENTRÉE EN FORMATION :**

- 1<sup>ère</sup> ou 2e année de DEUG, DUT, BTS, école des FFS
- 2de, 1ère ou 2e année de CAP ou BEP
- 3e ou première année de CAP ou BEP
- Classes de 2e ou 3e cycle de l'enseignement supérieur
- Primaire, 6e, 5e, 4e, CPA, CPPN ou CLIPA
- Terminale

**6. NIVEAU DE CERTIFICATION MAXIMUM AU MOMENT DE L'ENTRÉE EN FORMATION :**

- |   |                     |
|---|---------------------|
| <input type="checkbox"/> NIVEAU 1 (Sans niveau spécifique)            | Année d'obtention : |
| <input type="checkbox"/> NIVEAU 2 (Sans diplôme ou Diplôme du Brevet) | Année d'obtention : |
| <input type="checkbox"/> NIVEAU 3 (CAP, BEP, AIDE-SOIGNANT,...)       | Année d'obtention : |
| <input type="checkbox"/> NIVEAU 4 (BP, BT, Baccalauréat)              | Année d'obtention : |
| <input type="checkbox"/> NIVEAU 5 (BTS, DUT, etc...)                  | Année d'obtention : |
| <input type="checkbox"/> NIVEAU 6 (Licence, master 1)                 | Année d'obtention : |
| <input type="checkbox"/> NIVEAU 7 (Grade master)                      | Année d'obtention : |
| <input type="checkbox"/> NIVEAU 8 (Doctorat, etc..)                   | Année d'obtention : |

**1<sup>ère</sup> ANNÉE**

***Relevé d'Identité Bancaire***

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

**NOM :**

**Prénom :**

***Document àagrafer***



## INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

20, rue du Colonel Francis Nicol  
 CS 90-389 - 59407 CAMBRAI CEDEX  
 ☎ : 03 27 37 67 30  
 📠 : 03 27 37 67 32  
 @ : sec.ifs@ch-cambrai.fr



## DÉCLARATION RELATIVE AU FINANCEMENT DE LA FORMATION

NOM : ..... NOM d'usage (marital) : .....

Prénom : .....

**Cocher la case correspondant à votre situation** (les justificatifs demandés sont **OBLIGATOIRES**) :

- Vous êtes étudiant SANS interruption de scolarité, fournir :**
  - un certificat de scolarité de l'année N.
- Vous êtes étudiant de moins de 26 ans ayant interrompu votre scolarité moins d'un an, fournir :**
  - un certificat de scolarité de l'année N-1.
  - une attestation de service civique éventuellement.
- Vous êtes demandeur d'emploi inscrit à pôle emploi, fournir :**
  - une attestation d'inscription sur la liste des demandeurs d'emploi.
  - une attestation sur l'honneur de la mobilisation du CPF.
  - Copie des droits du CPF.
  - Copie du contrat de travail éventuellement.
- Vous êtes salarié(e), fournir :**
  - une attestation de prise en charge des frais de formation par l'employeur ou un organisme de financement.
- Vous prenez en charge personnellement le coût de la formation, fournir :**
  - une attestation datée et signée par vos soins de prise en charge des frais de formation.

Je soussigné(e) ....., atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document à retourner à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Cambrai.

A : ..... 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 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 2022-2023

## 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 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) : ..... 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 |
|------|--------|-----------|
|      |        |           |

La liste des médecins agréés\* est disponible sur le site de l'ARS à l'adresse suivante :

<https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/liste-des-medecins-agrees-en-hauts-de-france>

*\*la liste des médecins agréés pour la fonction publique conformément au décret n° 2013-447 du 30 mai 2013 modifiant le décret n° 86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires.*



# CERTIFICAT MÉDICAL

NOM DE FAMILLE :

NOM D'USAGE :

(1<sup>ère</sup> année)

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. LOI n° 2021-1040 du 5 août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire.

## 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 |      |

|            |                                     |  |                         |            |
|------------|-------------------------------------|--|-------------------------|------------|
| HÉPATITE B | 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 |            |
|            | Dernier dosage d'anticorps anti HBS |  | Date :                  | Résultat : |

|          |                  |  |                         |  |
|----------|------------------|--|-------------------------|--|
| COVID-19 | 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 |  |

## 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 |      |

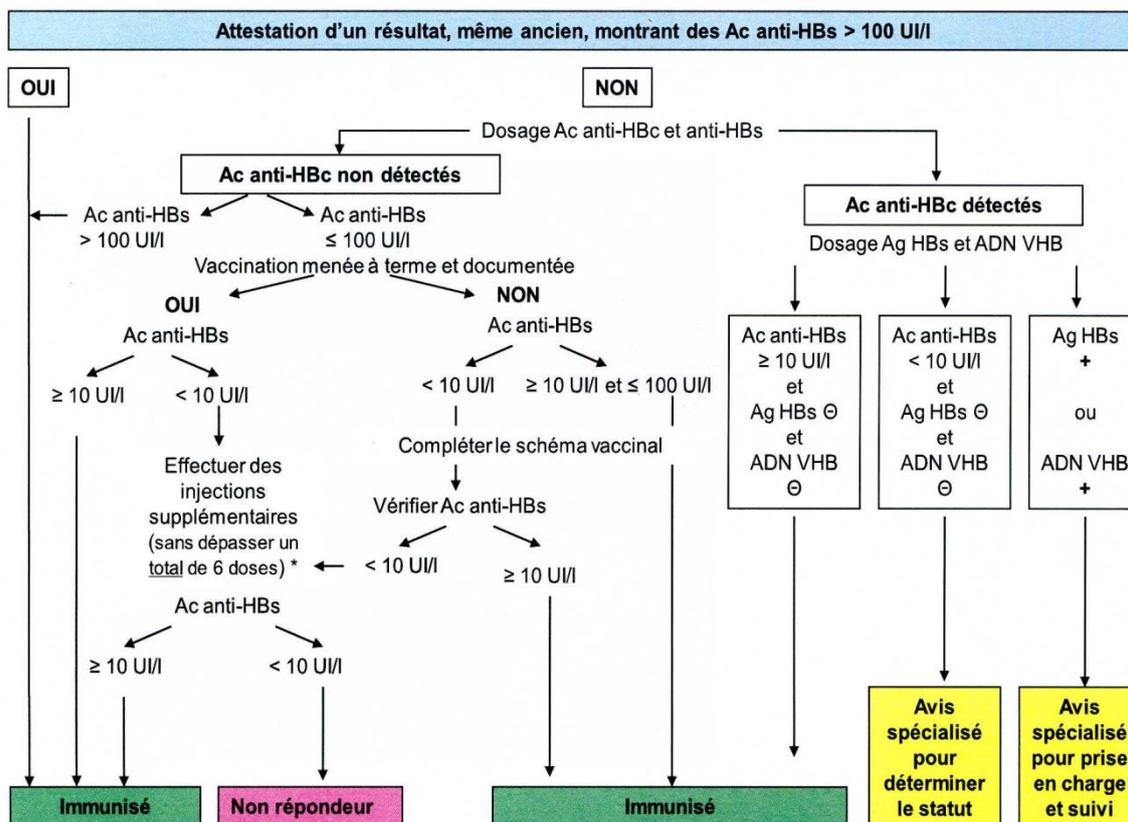
**GRIPPE SAISONNIÈRE** : la vaccination antigrippale reste fortement recommandée pour les professionnels de santé, étudiants en santé compris. (Note d'information N°DGS/SP1/DGOS/PF2/DGCS/MSP/2018/215 du 14 septembre 2018 relative à la vaccination contre la grippe saisonnière des personnels des établissements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



## INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

20, rue du Colonel Francis Nicol  
 CS 90-389 - 59407 CAMBRAI CEDEX  
 ☎ : 03 27 37 67 30  
 📠 : 03 27 37 67 32  
 @ : sec.ifs@ch-cambrai.fr



### AUTORISATION D'EFFECTUER LES STAGES DE LA FORMATION EN SOINS INFIRMIERS POUR UN ETUDIANT MINEUR

#### LE REPRÉSENTANT LÉGAL DU MINEUR<sup>1</sup>

Je soussigné(e),

NOM : .....Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : .....

Adresse mail : .....@

Mère  Père  Autre (précisez) : .....

Autorise

N'autorise pas

à effectuer les stages de la 1<sup>ère</sup> année de formation en soins infirmiers durant **l'année universitaire 2022/2023.**

Ma fille  mon fils  Autre (précisez) : .....

#### L'ÉTUDIANT MINEUR

NOM : .....Prénom : .....

Date de naissance : .....Lieu de Naissance : .....

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

Signature de représentant légal

<sup>1</sup> Article 371-1 du Code Civil

# COMMANDE DE TENUES PROFESSIONNELLES



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

Commande du : **01/08/2022** au **17/09/2022**.

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 **04/10/2022**. (*Attention : votre 1<sup>er</sup> stage débute le 17 octobre 2022*)

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.youtube.com/watch?v=rkmmL6-IQo8>

## POUR TOUTE RÉCLAMATION

Contact : ☎ 03 74 46 82 39

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