

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2022 / 2023

DOSSIER D'INSCRIPTION EN 2^{ème} 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 22 juillet 2022 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 jeudi 1^{er} septembre 2022 à 13h30.

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*),
 - ✓ 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).
- **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 :
<https://www.etudiant.gouv.fr/fr/cvec-une-demarche-de-rentree-incontournable-955>
- **La déclaration** relative au **financement** de la formation. (**annexe 3**).
- **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**).
- **Uniquement** pour les étudiants **mineurs** à la date de la rentrée de septembre 2022 (**annexe 8**).
- Un chèque de 205 € 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^{ère} 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^{ère} année</i>)	5 €
Petit matériel (<i>fontaine à eau, distributeurs...</i>)	4 €
TOTAL :	6 913 €

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

***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

Les étudiants boursiers bénéficieront du remboursement des frais d'inscription lors du 1^{er} 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 - 2^{ème} ANNÉE

NOM DE NAISSANCE : Prénom(s) :

NOM D'USAGE :

Adresse de résidence durant votre formation :

.....

.....

Téléphone : Portable :

Email : @

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



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) : 2A

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

NOM DE FAMILLE :

NOM D'USAGE :

(2^{ème} 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 ^{ère}		1 ^{er} rappel	
	2 ^{ème}		2 ^{ème} rappel	
	3 ^{ème}		3 ^{ème} rappel	

HÉPATITE B	1 ^{ère}		1 ^{er} rappel	
	2 ^{ème}		2 ^{ème} rappel	
	3 ^{ème}		3 ^{ème} rappel	
	Dernier dosage d'anticorps anti HBS		Date :	Résultat :

COVID-19	1 ^{ère}		1 ^{er} rappel	
	2 ^{ème}		2 ^{ème} rappel	
	3 ^{ème}		3 ^{ème} rappel	

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	

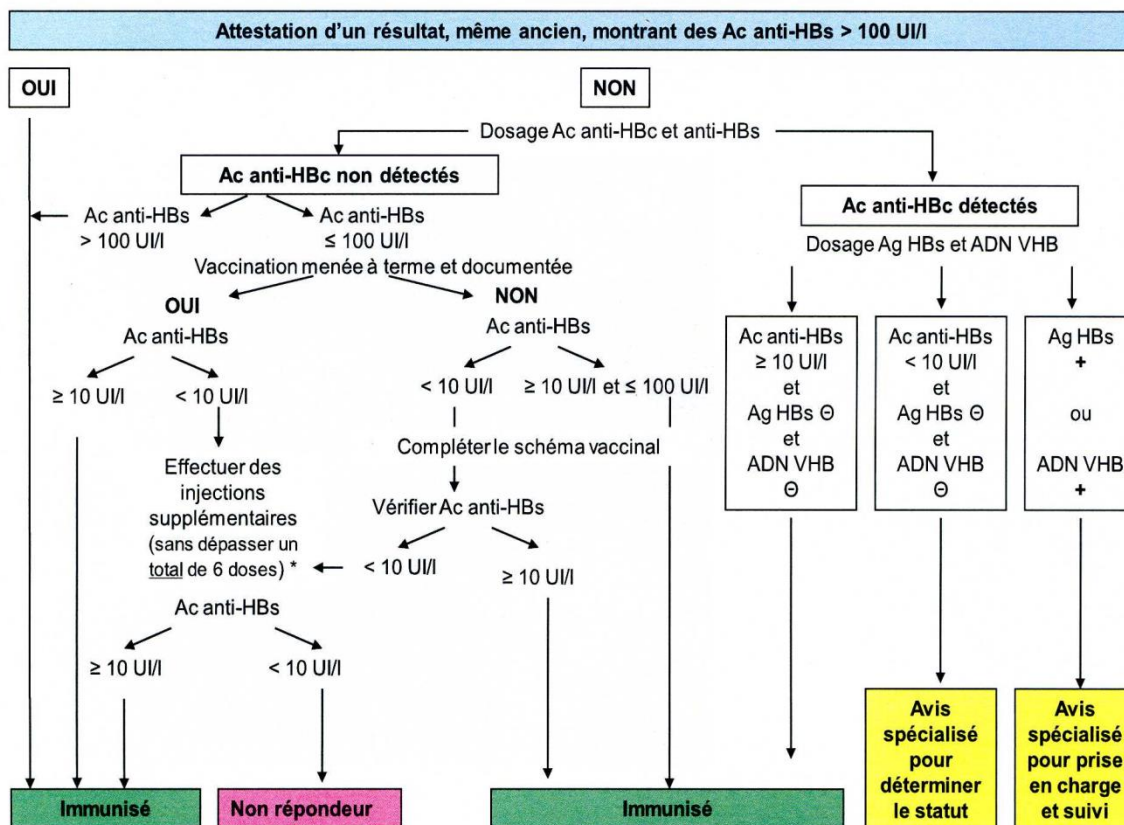
GRIPPE SAISONNIÈRE : la vaccination antigrippale reste fortement recommandée pour les professionnels de santé, étudiants en santé compris. (Note d'information N°DGS/SP1/DGOS/PF2/DGCS/MSP/2018/215 du 14 septembre 2018 relative à la vaccination contre la grippe saisonnière des personnels des établissements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



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 MINEUR¹

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^{ère} 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

¹ 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^{er} 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