INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS
20, rue du Colonel Francis Nicol
CS 90 389 - 59407 CAMBRAI CEDEX
✆: 03 27 37 67 30
@ : sec.ifsi@ch-cambrai.fr

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2025 / 2026

DOSSIER D'INSCRIPTION EN 1ère 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
CS 90389 - 59407 CAMBRAI CEDEX

- **Le vendredi 1er août 2025 au plus tard** pour les candidats ayant confirmé leur inscription administrative avant le 10 juillet 2025.
- **Dans les plus brefs délais** pour les candidats ayant confirmé leur inscription administrative après le 11 juillet 2025.

Le dossier est à imprimer EN RECTO.

L'entrée en formation est fixée le lundi 1er septembre 2025 à 9h

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

Dossier suivi par Mme Nathalie CHLPAC

PIÈCES A FOURNIR OBLIGATOIREMENT

➔ A JOINDRE AU DOSSIER

- ❑ **Les fiches de renseignements** dûment complétées ***(annexe 1)***
- ❑ **Un R.I.B.** à vos Nom et Prénom ***(annexe 2)***
- ❑ **La déclaration** relative au **financement** de la formation. **(*annexe 3)***
- ❑ L'**autorisation** d'exploitation d'images ***(annexe 4)***
- ❑ Le formulaire relatif à votre statut à l'entrée en formation ***(annexe 5)***
- ❑ Autorisation d'effectuer les stages pour les étudiants mineurs ***(annexe 6)***

- ❑ **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)*. Pour les apprenants étrangers un titre de séjour en cours de validité,
  - ✓ votre carte vitale,
  - ✓ votre attestation de droits à l'assurance maladie (CPAM),
  - ✓ votre AFGSU de niveau 2 pour les personnes concernées.
  - ✓ Votre certification PIX pour les personnes concernées.

- ❑ **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

- ❑ Plateforme ParcourSup *(à télécharger) :* **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).*

➔ **Étudiants redoublants** : joindre un chèque de 178 € à l'ordre du Trésor Public correspondant aux frais d'inscription. *(Nom et Prénom au dos du chèque).*

En référence à l'article 91 a) titre III de l'arrêté du 21 avril modifié relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux qui précise que l'admission définitive dans un institut de formation est subordonnée : «A la production, au plus tard le premier jour de la rentrée, d'un certificat établi par un médecin agrée attestant que l'étudiant ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession » […]
Et en référence à l'article 91 b) de l'arrêté suscité : «A la production, au plus tard le jour de la première entrée en stage, d'un certificat médical de vaccinations » […]

- ❑ 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 7).***

- ❑ Un **certificat médical de vaccinations,** conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France ***(annexe 8).***

INSCRIPTION A L'UNIVERSITÉ

Vous êtes admis(e) à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Cambrai, vous devez procéder à votre inscription administrative annuelle auprès de l'Université Polytechnique des Hauts-de-France.

Site : https://inscription.uphf.fr/

BOURSE RÉGIONALE

Toute demande de bourse devra être saisie sur la plateforme régionale des bourses d'études sanitaires et sociales à partir du 10/06/2025.

L'adresse de connexion est : https://guide-aides.hautsdefrance.fr/dispositif667

Contact : 0 800 026 080 Service & appel gratuits

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

COÛT DE LA FORMATION

Coût pédagogique annuel	**7 000 €**
Droits d'inscription annuelle	**178 €**
Cotisation Vie Etudiante et de Campus *(sous conditions)*	**105 €**
TOTAL :	**7 283 €**

FINANCEMENT DE LA FORMATION

LE PUBLIC CONCERNÉ

- Le statut pris en compte par la Région est celui du candidat renseigné à la date de **clôture des inscriptions à la sélection.**
- En cas de financement partiel du parcours, la convention de formation pour la partie restant à la charge du candidat doit être signée dès le début de la formation.
- En cas de fausse déclaration de l'apprenant qui remettrait en cause le financement de sa formation, celui s'engage à financer personnellement sa formation ou bien à l'interrompre.
- Pour les apprenants étrangers un titre de séjour valide est obligatoire à l'entrée en formation. Des informations utiles peuvent être obtenues sur le site du gouvernement : https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits.

PUBLICS NON ÉLIGIBLES

La Région Hauts-de-France ne finance pas les parcours de formation pour les personnes répondant aux statuts suivants :

- Les travailleurs **non-salariés** (autoentrepreneurs, commerçants, professions libérales,…),
- Les personnes ayant signé une **rupture conventionnelle** d'un CDI après la date de clôture des dossiers d'inscription,
- Les **non-actifs non-inscrits à Pôle Emploi** (retraités…)
- Les **travailleurs salariés** (CDI de plus de 87h/mois, les personnes en congé parental, **les personnes en contrat d'apprentissage ou de professionnalisation pour la formation concernée, les agents des différentes fonctions publiques)**
- Les salariés et agents de la fonction publique en disponibilité, inscrits ou non à Pôle emploi
- Les personnes bénéficiant du financement de leur formation dans le cadre d'un **contrat de sécurisation professionnelle** -CSP, (sauf cas particuliers cf. article IV-C-2-3)
- Les candidats étrangers qui ne sont pas en règle de leurs obligations pour étudier sur le territoire national (voir paragraphe IV-C-1).

PUBLICS ÉLIGIBLES

Vous êtes en poursuites d'études.

CONDITIONS	JUSTIFICATIFS A FOURNIR
• Etudiants en **poursuite d'études sans interruption** quel que soit le niveau de formation initiale.	○ Un certificat de scolarité de l'année en cours.
• Etudiants **ayant interrompu leur scolarité moins d'un an** quel que soit le niveau de formation initiale. Inscrites ou non à la Mission locale ou Pôle emploi, elles sont considérées en poursuites d'études et doivent fournir un certificat de scolarité N-1. • Service Civique a débuté moins d'un an après la fin de la formation initiale et qui s'est achevé dans un délai de 1 an avant l'entrée en formation.	○ Un certificat de scolarité de l'année N-1. ○ Le dernier certificat de scolarité et une attestation de service civique.

Vous êtes demandeur d'emploi OU salariés en emploi précaire

CONDITIONS	JUSTIFICATIFS A FOURNIR
• **Sans contrat de travail** avec ou sans indemnisation de France Travail (Pôle Emploi).	○ Justificatif de France Travail.
• **les contrats de travail à durée déterminée** achevés avant l'entrée en formation. • **Les contrats de travail temporaires** • **Les contrats de travail CDI** de moins de 87h/mois ou moins.	○ Justificatif de France Travail. ○ Copie du contrat de travail.
• Les personnes ayant fait l'objet **d'un licenciement après la clôture des inscriptions** (hors abandon de poste qui sont assimilés à des démissions)	○ Justificatif de licenciement de la part de l'employeur.
• Les militaires sous contrat **ayant un projet de reconversion validée par leur institution** (exceptés les militaires de carrière, code de la défense, Articles L. 4132-1 à L. 4132- 12)	○ Copie du contrat de travail ○ Attestation de validation du projet de reconversion
• Toutes les personnes ayant démissionné d'un CDI de plus de 87 heures/mois **uniquement dans le cadre de démissions légitimes conformément à l'accord d'application relatif à l'assurance chômage en vigueur.** • Les salariées démissionnaires entrant dans le dispositif **« Démission- reconversion »** dont le premier rendez-vous avec un conseil en évolution professionnelle a eu lieu avant la date de clôture des inscriptions à la sélection.	○ Justificatif de France Travail.

FICHE DE RENSEIGNEMENTS - 1ère 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 :

……

……

……

<u>En cas d'urgence, prévenir</u> :

NOM et Prénom : ……

Lien : ……

Téléphone : …… Portable : ……

1ère ANNÉE

Relevé d'Identité Bancaire

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

NOM :

Prénom :

RIB à agrafer

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS
20, rue du Colonel Francis Nicol
CS 90 389 - 59407 CAMBRAI CEDEX
✆ : 03 27 37 67 30
@ : sec.ifsi@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 <u>SANS</u> 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 France Travail, fournir :**
  - une attestation d'inscription sur la liste des demandeurs d'emploi.
  - Copie du contrat de travail éventuellement.
  - Attestation de validation du projet de reconversion.
- ❑ **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)*

STATUT A L'ENTRÉE EN FORMATION

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2025/2026 **1ère année**

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

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 :

- ❑ 1ère 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 :

❑ NIVEAU 1	(Sans niveau spécifique)	Année d'obtention :
❑ NIVEAU 2	(Sans diplôme ou Diplôme du Brevet)	Année d'obtention :
❑ NIVEAU 3	(CAP, BEP, AIDE-SOIGNANT,…)	Année d'obtention :
❑ NIVEAU 4	(BP, BT, Baccalauréat)	Année d'obtention :
❑ NIVEAU 5	(BTS, DUT, etc...)	Année d'obtention :
❑ NIVEAU 6	(Licence, master 1)	Année d'obtention :
❑ NIVEAU 7	(Grade master)	Année d'obtention :
❑ NIVEAU 8	(Doctorat, etc..)	Année d'obtention :

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

LE REPRÉSENTANT LÉGAL DU MINEUR[1]

Je soussigné(e),

NOM : ……..Prénom : ……

Adresse : ……

Code postal : …… Ville : ……

Téléphone : ……..

Adresse mail : @

❑ Mère ❑ Père ❑ Autre *(précisez)* : ……

❑ **Autorise** ❑ **N'autorise pas**

à effectuer les stages relatifs à la Formation en Soins Infirmiers.

❑ 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*

1ère année

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS
20, rue du Colonel Francis Nicol
CS 90 389 - 59407 CAMBRAI CEDEX
✆: 03 27 37 67 30
@ : sec.ifsi@ch-cambrai.fr

ATTESTATION MÉDICALE

Art 91 de l'arrêté du 21 avril 2007 modifié 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.nord.gouv.fr/Actions-de-l-Etat/Sante/Medecins-agrees-pour-la-fonction-publique-du-Nord

**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.*

ATTESTATION MÉDICALE DE VACCINATION ET D'IMMUNISATION POUR L'INSCRIPTION DES ÉTUDIANTS EN SANTÉ

1ère année

NOM de naissance : **NOM d'épouse :**

Prénom : **Date de naissance :**

Si vous n'êtes pas à jour des vaccinations **OBLIGATOIRES**, vous ne serez pas autorisé(e) à vous rendre en stage. Cette attestation doit être transmise avec les résultats*(L 3.111-4 du code de la santé publique).

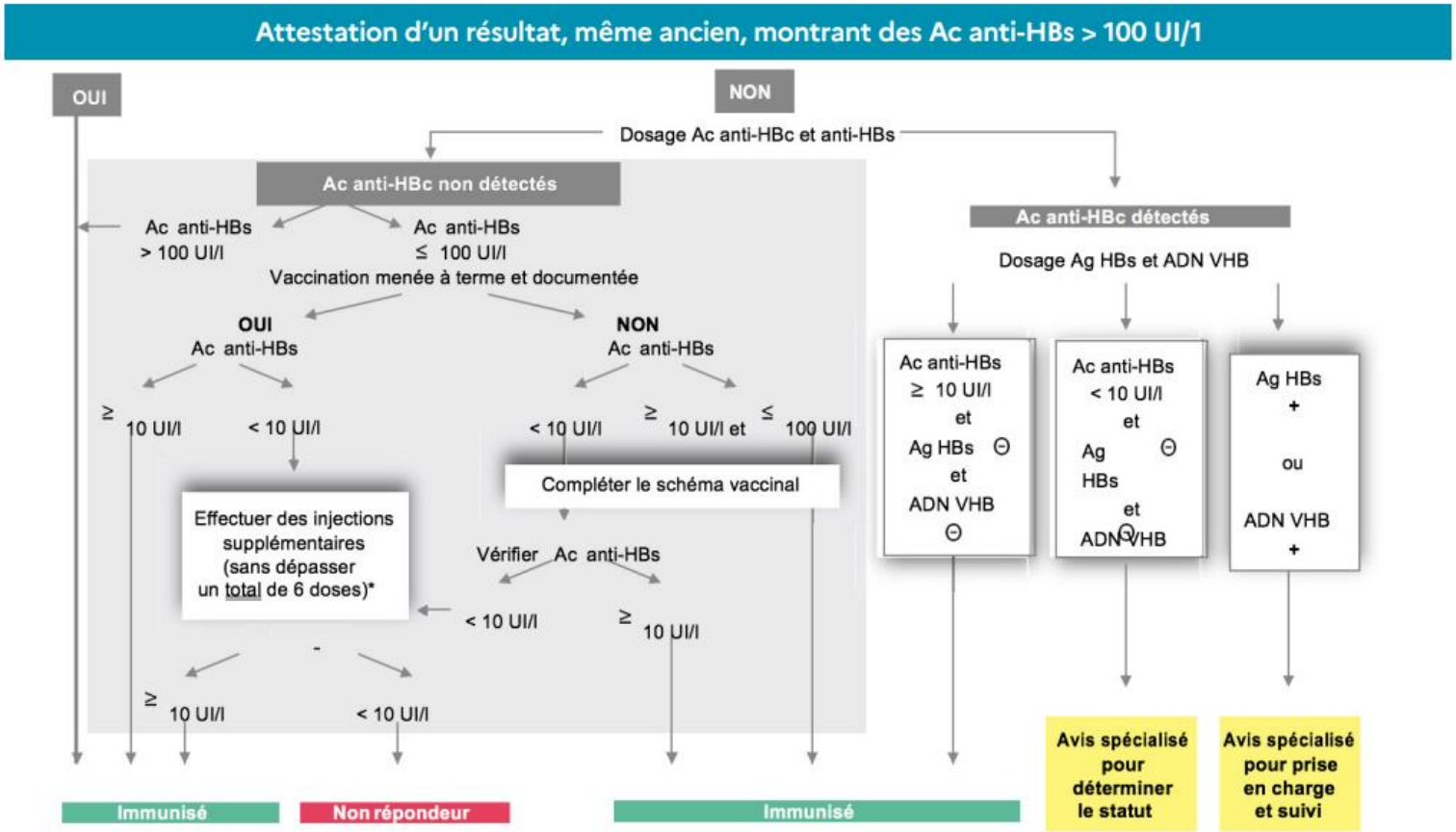
VACCINATIONS OBLIGATOIRES		
I.D.R *(valeur de référence quelle que soit la date)*	Date : ..... / ..... / ..... Taille de l'induration en mm :	Si **négatif,** pas de revaccination.
dTp ou dTcp	Rappel dTcp si un vaccin anticoquelucheux n'a pas été fait depuis 5 ans (respecter un délai de 1 mois après le dernier dTp) et lors des rappels à âge fixe (25,45, 65 ans)	
	Dernier rappel dTp - Date : ..... / ..... /	Vaccin : .....
	Dernier rappel dTp - Date : ..... / ..... /	Vaccin : .....
HÉPATITE B	Rappel des conditions d'immunisation 1) **Ac anti-HBS>100** (quel que soit l'histoire vaccinale et ancienneté des résultats) 2) **Ac anti-HBS >10** et Ac anti-HBC négatif (si schéma complet) **Joindre les résultats*.**	
	Schéma complet : • Classique (3 doses) : 2 doses à 1 mois d'intervalle, la 3ème ou moins 5 mois après la 2ème dose • Adolescent (11 à 15 ans) : 2 doses espacées de 6 mois avec vaccin (Engérix B20 ou Genhévac B) **1ère dose** Date : ..... / ..... / ..... Vaccin : ..... **2ème dose** Date : ..... / ..... / ..... Vaccin : ..... **3ème dose** Date : ..... / ..... / ..... Vaccin : ..... Injections supplémentaires : **1ère dose** Date : ..... / ..... / ..... Vaccin : ..... **2ème dose** Date : ..... / ..... / ..... Vaccin : ..... **3ème dose** Date : ..... / ..... / ..... Vaccin :	
VACCINATIONS RECOMMANDÉES		
COVID-19	**1ère dose** Date : ..... / ..... / ..... Vaccin : ..... **2ème dose** Date : ..... / ..... / ..... Vaccin : ..... **3ème dose** Date : ..... / ..... / ..... Vaccin :	
B.C.G	Date vaccination : ..... / ..... / ..... **OU** cicatrice vaccinale: ❑	
R.O.R (Rougeole, Oreillons, Rubéole)	**1ère dose** Date : ..... / ..... / ..... Vaccin : ..... **2ème dose** Date : ..... / ..... / ..... Vaccin :	
VARICELLE	• Antécédent de maladie : Date : ..... / ..... / ..... • Si pas d'antécédent maladie ou doute ➔sérologie IgG VZV* **Joindre les résultats.** • Si sérologie négative ➔ vaccination recommandée : **1ère dose** Date : ..... / ..... / ..... Vaccin : ..... **2ème dose** Date : ..... / ..... / ..... Vaccin :	
MÉNINGOCOQUE C	• 1 seule injection recommandée jusqu'à 24 ans ➔ Date : ..... / ..... / ..... Vaccin :	

Je soussigné(e), Docteur ..... atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Date	Cachet	Signature

4.8 Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des professionnels de santé

Instruction no DGS/RI1/RI2/2014/21 du 21 janvier 2014 relative aux modalités d'application de l'arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L. 3111-4 du code de la santé publique https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027830751&categorieLien=id



* Sauf cas particulier voir 4° de l'annexe 2 de l'arrêté Légende : Ac : anticorps ; Ag : antigène ; VHB : virus de l'hépatite B