



# INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

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



ANNÉE UNIVERSITAIRE 2025 / 2026

## 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  
CS 90389 - 59407 CAMBRAI CEDEX

**Le vendredi 11 juillet 2025 au plus tard.**



***Le dossier est à imprimer EN RECTO.***

**L'entrée en formation est fixée le lundi 1<sup>er</sup> septembre 2025 à 9h**



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

## PIÈCES A FOURNIR OBLIGATOIREMENT

### → A JOINDRE AU DOSSIER D'INSCRIPTION

- ❑ Les **fiches de renseignements** dûment complétées (**annexe 1**).
- ❑ Un **R.I.B.** à vos Nom et Prénom à grafer à **l'annexe 2**.
- ❑ L'**autorisation** d'exploitation d'images (**annexe 3**).
- ❑ Le formulaire relatif à votre statut à l'entrée en formation (**annexe 4**).
- ❑ **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.
- ❑ 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](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>

*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 le premier jour de la rentrée, d'un certificat établi par un médecin agréé 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 5**).

*Listes des médecins agréés :*

*<https://www.nord.gouv.fr/Actions-de-l-Etat/Sante/Medecins-agrees-pour-la-fonction-publique-du-Nord>*

- ❑ Un **certificat médical de vaccinations**, conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France (**annexe 6**).

## INSCRIPTION OBLIGATOIRE 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://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 :



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

## 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 : .....

1<sup>ère</sup> ANNÉE

## Relevé d'Identité Bancaire

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

**NOM :**

**Prénom :**

*RIB à agraffer*

## 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

1<sup>ère</sup> 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 :

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

## 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

1<sup>ère</sup> 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		
<b>I.D.R</b> <small>(valeur de référence quelle que soit la date)</small>	Date : ..... / ..... / ..... Taille de l'induration en mm : .....	Si <b>négatif</b> , pas de revaccination.
<b>dTp ou dTcp</b>	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 : .....
<b>HÉPATITE B</b>	Rappel des conditions d'immunisation	
	1) <b>Ac anti-HBS&gt;100</b> (quel que soit l'histoire vaccinale et ancienneté des résultats)	
	2) <b>Ac anti-HBS &gt;10</b> et Ac anti-HBC négatif (si schéma complet) <b>Joindre les résultats*</b> .	
	<u>Schéma complet :</u>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Classique (3 doses) : 2 doses à 1 mois d'intervalle, la 3<sup>ème</sup> ou moins 5 mois après la 2<sup>ème</sup> dose</li> <li>• Adolescent (11 à 15 ans) : 2 doses espacées de 6 mois avec vaccin (Engérix B20 ou Genhévac B)</li> </ul>	
	1 <sup>ère</sup> dose Date : ..... / ..... / .....	Vaccin : .....
	2 <sup>ème</sup> dose Date : ..... / ..... / .....	Vaccin : .....
	3 <sup>ème</sup> dose Date : ..... / ..... / .....	Vaccin : .....
	<u>Injections supplémentaires :</u>	
	1 <sup>ère</sup> dose Date : ..... / ..... / .....	Vaccin : .....
	2 <sup>ème</sup> dose Date : ..... / ..... / .....	Vaccin : .....
	3 <sup>ème</sup> dose Date : ..... / ..... / .....	Vaccin : .....
VACCINATIONS RECOMMANDÉES		
<b>COVID-19</b>	1 <sup>ère</sup> dose Date : ..... / ..... / ..... 2 <sup>ème</sup> dose Date : ..... / ..... / ..... 3 <sup>ème</sup> dose Date : ..... / ..... / .....	Vaccin : ..... Vaccin : ..... Vaccin : .....
<b>B.C.G</b>	Date vaccination : ..... / ..... / ..... <b>OU</b> cicatrice vaccinale: <input type="checkbox"/>	
<b>R.O.R</b> (Rougeole, Oreillons, Rubéole)	1 <sup>ère</sup> dose Date : ..... / ..... / ..... 2 <sup>ème</sup> dose Date : ..... / ..... / .....	Vaccin : ..... Vaccin : .....
<b>VARICELLE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antécédent de maladie : Date : ..... / ..... / .....</li> <li>• Si pas d'antécédent maladie ou doute → sérologie IgG VZV* <b>Joindre les résultats.</b></li> <li>• Si sérologie négative → vaccination recommandée :</li> </ul>	
	1 <sup>ère</sup> dose Date : ..... / ..... / .....	Vaccin : .....
	2 <sup>ème</sup> dose Date : ..... / ..... / .....	Vaccin : .....
<b>MÉNINGOCOQUE C</b>	• 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

