



## INSCRIPTION RENTREE 2024

**DOSSIER ADMINISTRATIF ET LISTE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES  
A RENVOYER PAR COURRIER EXCLUSIVEMENT AU PLUS TÔT  
AU SECRETARIAT DE L'INSTITUT ET AU PLUS TARD LE 12/07/2024**

- ❖ **1. ATTESTATION D'ADMISSION** à télécharger via la plateforme Parcoursup : <https://www.parcoursup.fr>, onglet admission (excepté les candidats FPC dont les reports)
- ❖ **2. FICHE DE RENSEIGNEMENT** (coordonnées personnelles)
- ❖ **3. FRAIS D'INSCRIPTION OBLIGATOIRES**
  - ❑ **Les droits d'inscription 2024-2025 : un chèque de 175 €** libellé à l'ordre du Trésor Public. Les boursiers seront remboursés sur présentation de la notification de Bourse auprès du secrétariat.
  - ❑ **L'attestation d'acquittement de la Contribution Vie Etudiante et de Campus (CVEC) d'un montant de 103 € uniquement pour les primo entrants** voir sur le site <https://cvec.etudiant.gouv.fr/>. Les boursiers, une fois détenteur de leur notification de bourse, pourront demander le remboursement de cette cotisation auprès du Crous via l'application CVEC à partir du 2 septembre 2024.  
**Ne sont pas concernés par la CVEC, les étudiants qui ont un employeur ou qui sont inscrits à France Travail.**
- ❖ **4. DEMANDE DE BOURSE** : Les demandes s'effectuent par voie dématérialisée sur le site de la Région Grand Est : <https://boursesanitaireetsociale.grandest.fr/>.  
Pour les primo entrants, les demandes de bourses pourront être réalisées entre le **01/07/24 et le 30/09/24**. Code établissement à renseigner : **IFS18615**.
- ❖ **5. DOCUMENTS ADMINISTRATIFS :**
  - copie pièce d'identité (carte d'identité, passeport ou titre de séjour)
  - copie du diplôme du Bac, ou certificat, ou titre d'admission
  - copie du relevé de notes du Bac
  - copie des diplômes universitaires obtenus
  - certificat de scolarité **2023/2024 ou 2021/2022**

- demande de dispenses d'enseignements complétée + justificatifs
- attestation d'assurance responsabilité civile couvrant « *les risques tant lors du stage que des trajets occasionnés par l'étudiant : accidents corporels et matériels causés aux tiers et dommages immatériels* » à fournir pour le **30 août 2024** au plus tard/exceptionnellement pour cette pièce
- attestation d'inscription à France Travail, pour les étudiants demandeur d'emploi à la rentrée
- attestation de prise en charge employeur selon pré requis, pour les étudiants salariés

#### ❖ **6. SUIVI MEDICAL**

- ☐ Prendre connaissance de la fiche du service de médecine et santé au travail afin d'être à jour de vos vaccinations. **ATTENTION** : documents à compléter et à fournir.

### **ATTENTION**

**La vaccination contre l'Hépatite B est OBLIGATOIRE** à l'entrée dans un Institut de Formation en Soins Infirmiers (Cf. Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L-3111-4 du Code de la santé Publique).

Compte tenu des délais parfois importants du protocole de vaccination, il est recommandé de commencer le schéma vaccinal classique dès que possible.

#### ❖ **7. DOCUMENTS FINANCIERS :**

Pour permettre l'instruction et la prise en charge des coûts de formation, le « dossier apprenant » est à compléter et à remettre accompagné des pièces justificatives, lien [Dossier apprenant 2024](#)

Les pièces des Points 1, 2, 3, 5 et 7 sont à renvoyer au secrétariat de l'institut.

Les pièces du Point 6 sont à rendre le jour de la pré-rentrée obligatoire au service de médecine et santé au travail (la convocation sera envoyée courant de l'été).

**Institut de Formation « René Miquel »**

Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) et Institut de Formation d'Aide-Soignant (IFAS)  
1 rue Pierre Hallali – BP 40031 – 08001 Charleville-Mézières Cedex

☎ : 03.24.55.66.90

✉ : [secretariat.ifsio8@gmail.com](mailto:secretariat.ifsio8@gmail.com)

<http://www.ifsio8.fr>

T3N2.8.2



## FICHE DE RENSEIGNEMENT RENTREE 2024

**NOM de naissance :** ..... **NOM d'usage :** .....

**Prénoms :** .....

### Etudiant(e) en soins infirmiers 1<sup>ère</sup> année

Date et lieu de naissance : ..... à ..... Nationalité : .....

Numéro d'immatriculation sécurité sociale (ou INSEE) : .....

Identifiant national étudiant (INE) ou numéro BEA (obligatoire) : .....

(ce numéro est précisé sur votre relevé de notes au Baccalauréat (BEA) ou sur votre ancienne carte d'étudiant (INE))

**SITUATION FAMILIALE :** Célibataire – marié(e) – concubin(e) – veuf(ve) – séparé(e) – divorcé(e)  
(rayer les mentions inutiles)

<b>ADRESSE(S)</b>  <b>Tous ces éléments sont à fournir obligatoirement</b>	<u>Adresse mail :</u>
	<u>Domicile principal adresse postale :</u>
	<u>Pendant les études adresse postale :</u>
	Fixe : ..... Portable : .....

Permis de conduire : OUI  NON  Possession d'un véhicule : OUI  NON

### **PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :**

NOM : ..... Prénom : .....

Fixe : ..... Portable : .....

Domicile : N° : ..... rue : .....

Code postal / / / / / Ville .....

### **STATUT/VIE PROFESSIONNELLE :**

Jeune en poursuite d'études

En emploi : employeur : .....

Adresse : ..... Téléphone : .....

A la recherche d'un emploi depuis le : .....

Adresse de l'agence France Travail d'appartenance : .....

Numéro identifiant : ..... Date d'inscription : .....

## **DIPLOME :**

Diplôme du Bac obtenu le : ..... Spécialité : .....

Diplôme le plus élevé : ..... Obtenu le : .....

Date d'arrêt de la scolarité : .....

## **INFORMATIONS ECONOMIQUES ET FINANCIERES :**

Indiquez ci-dessous la ou les demandes de financement que vous avez effectuée(s) ou en cours (situation au moment du remplissage du dossier) :

- Demande de dossier de bourse régionale : OUI - NON - EN COURS
- Financement personnel : OUI - NON
- Prise en charge employeur : OUI - NON  
Si oui, coordonnées de l'employeur :
- Autre(s) financement(s) ? : OUI - NON  
Si oui, le(s)quel(s) ?
- Si vous êtes inscrit(e) à France Travail, avez-vous une rémunération ? : OUI - NON  
Si oui : fournir une notification d'admission des droits de rémunération  
Si non : fournir la notification de rejet de non rémunération

Veuillez consulter les conditions de prise en charge de la formation infirmière sur :

<https://www.grandest.fr/wp-content/uploads/2022/03/2022-modalites-financement-formations-fss.pdf>

## **SITUATION DE HANDICAP – AMENAGEMENT DE SCOLARITE :**

Tous étudiants présentant une situation de handicap et souhaitant des aménagements de scolarité, doit prendre contact avec le référent handicap de l'institut :

Mme MENACER Nacira : nacira.menacer@ch-nord-ardennes.fr

Téléphone : 03.24.55.66.90

- J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations indiquées ci-dessus.

**Signature :**

**Institut de Formation « René Miquel »**

Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) et Institut de Formation d'Aide-Soignant (IFAS)

1 rue Pierre Hallali – BP 40031 – 08001 Charleville-Mézières Cedex

☎ : 03.24.55.66.90

✉ : secretariat.ifsio8@gmail.com

http://www.ifsio8.fr



## Demande de dispenses d'Enseignements Année universitaire 2024/2025

**NOM de naissance :**

**NOM d'usage :**

**Prénom(s) :**

En application des articles 7 & 8 de l'Arrêté du 31 juillet 2019, modifié par l'arrêté du 13 décembre 2018, relatif au diplôme d'Etat d'infirmier : « Les personnes admises en formation peuvent faire l'objet de dispense d'unités d'enseignements ou de semestres par le directeur d'établissement, après décision de la section compétente pour le traitement pédagogique des situations individuelles des étudiants, au regard de leur formation antérieure validée, des certifications, titres et diplôme obtenus et leur parcours professionnel ».

Sont concernées les personnes titulaires d'un :

- DEAS (Diplôme d'Etat d'Aide-Soignant)
- DEAP (Diplôme d'Etat d'Auxiliaire Puériculture)
- Diplôme d'enseignement supérieur post baccalauréat

Pour cela vous devez formuler une demande écrite adressée au Directeur de l'institut, dont l'adresse figure au bas de ce courrier et fournir les documents suivants :

- 1) La copie d'une pièce d'identité
- 2) Le(s) copie(s) du ou des diplôme(s) originaux détenu(s)
- 3) Le cas échéant, une attestation de validation d'ECTS de moins de 3 ans
- 4) Le cas échéant, le(s) certificat(s) du ou des employeurs attestant de l'exercice professionnel de l'intéressé en tant qu'Aide-Soignant ou Auxiliaire de puériculture
- 5) Un curriculum vitae
- 6) Une lettre de motivation
- 7) Une attestation de niveau de langue B2 française pour les candidats étrangers.

Ces documents devront parvenir à l'institut au plus tard pour le **19 août 2024**. Passé ce délai votre demande ne sera plus recevable.

Demande à adresser :

Monsieur BAILLY,  
Directeur Délégué de l'IFSI  
1 rue pierre hallali – BP 40031  
08001 CHARLEVILLE-MEZIERES

**Institut de Formation « René Miquel »**

Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) et Institut de Formation d'Aide-Soignant (IFAS)  
1 rue Pierre Hallali – BP 40031 – 08001 Charleville-Mézières Cedex

☎ : 03.24.55.66.90

✉ : secretariat.ifsio8@gmail.com

http://www.ifsio8.fr



45, avenue de Manchester  
BP 10900  
08011 CHARLEVILLE-MEZIERES Cedex

---

**Service de Médecine et Santé au Travail  
des Personnels Hospitaliers**

---

**Docteur C. VANDAMME**

tél : 03.24.58.71.69

fax : 03.24.58.73.69

e mail: [medecinepreventive.charleville@ch-nord-ardennes.fr](mailto:medecinepreventive.charleville@ch-nord-ardennes.fr)

Madame, Monsieur,

Vous allez rentrer en formation infirmière ou aide-soignante et nous vous en félicitons.

Vous allez être formé(e) pour travailler auprès de personnes malades et fragiles.

Afin de vous protéger, de les protéger, et donc d'être en règle avec la réglementation (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), votre entrée à l'Institut est subordonnée aux renseignements consignés sur **"l'attestation médicale de vaccinations obligatoires" (doc ARS).**

**Etape N° 1 :**

➤ **Prenez rendez-vous avec votre médecin traitant** afin de lui **faire compléter "l'attestation médicale de vaccinations obligatoires" (doc ARS)** et de mettre à jour vos vaccinations obligatoires, document qui sera contrôlé le jour de la pré-rentrée. Il vous sera également demandé par le Médecin du Travail un dosage des anticorps anti HBS par prélèvement sanguin, ordonnance à demander à votre médecin traitant.

**Etape N°2 :**

➤ **Prenez rendez-vous avec un médecin agréé** pour une visite médicale d'aptitude à la formation (liste des médecins agréés sur le site de l'ARS du département d'habitation)

**Etape N°3 :**

➤ **Documents à remettre IMPERATIVEMENT au Service de Santé au Travail au cours de la journée de pré-rentrée :**

- L'attestation médicale (doc ARS) complétée et signée** par votre médecin traitant
- Le certificat médical délivré par le médecin agréé** attestant que l'étudiant ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession
- Votre carnet de vaccination à jour** attestant la validité des vaccinations suivantes :
  - Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Polio sous forme d'un seul vaccin tétravalent (moins de 10 ans)
  - Vaccinations Hépatite B
  - 2 injections ROR
  - Date maladie varicelle

**2/ Bilan sanguin :**


- Sérologie Hépatite B : AC anti Hbs
- Sérologie Rougeole IgG (en l'absence de 2 injections ROR)
- Sérologie varicelle (en l'absence de varicelle dans l'enfance)

**L'ordonnance est à demander auprès de votre médecin traitant.**

- Un compte rendu de radiographie pulmonaire** datant de moins d'un an

En l'absence de **tous** ces éléments **le jour** de votre pré-rentrée, le médecin du travail ne pourra en aucun cas délivrer de certificat médical d'aptitude et ainsi engendra une inaptitude à votre entrée à l'IFSI/IFAS pour vos stages.

Docteur C. VANDAMME  
Médecin du travail

	<b>ATTESTATION MEDICALE DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES POUR L'ENTREE EN FORMATION INFIRMIERE A L'INSTITUT DE CHARLEVILLE- MEZIERES « René MIQUEL »</b>	DRHS/PNM P-002 V6-05/2020
Département des Ressources Humaines en Santé		

CETTE ATTESTATION EST A REMPLIR PAR VOTRE MEDECIN TRAITANT ET A REMETTRE AU SERVICE DE MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL **au plus tard le 27 août 2024**

**Compléter impérativement les dates en précisant JJ/MM/AA**

**DIPHTERIE-TETANOS-POLIO-COQUELUCHE**

1ère injection le :    ... /... /...	1 <sup>er</sup> Rappel :    ... /... /...	Age :
2ème injection le :    ... /... /...	2 <sup>ème</sup> Rappel :    ... /... /...	Age :
3ème injection le :    ... /... /...	3 <sup>ème</sup> Rappel :    ... /... /...	Age :
	4 <sup>ème</sup> Rappel :    ... /... /...	Age :
	5 <sup>ème</sup> Rappel :    ... /... /...	Age :

**HEPATITE B**

La **vérification de l'immunisation et de l'absence d'infection par le VHB** est obligatoire pour tous les étudiants et personnels de santé relevant de la vaccination obligatoire contre le VHB.

Taux d'anticorps : .....

<b>Taux d'anticorps anti Hbs</b>	<b>&gt;100 UI/L</b>	<b>immunisé</b>
	<b>10 -100 UI/L</b>	<b>réaliser Ag HBs</b> (si Ag HBs négatif : immunisé)
	<b>&lt;10</b>	<b>non protégé :</b> Reprendre le schéma vaccinal

En cas de doute : **CONSULTER LE MEDECIN AGREE REFERENT ARS**

Immunisation :  Oui  Non

**FIEVRE TYPHOIDE - A vérifier avant une entrée en stage à risque**

Obligatoire : pour les élèves, étudiants ou professionnels de santé ayant un stage dans un **laboratoire de biologie médicale**

Recommandé : pour les élèves, étudiants ou professionnels de santé ayant un stage ou une activité à risque de contamination (*i.e. lors de la manipulation d'échantillons biologiques, en particulier de selles, susceptibles de contenir des salmonelles*)

**VACCINS RECOMMANDES\***

Vaccins	Oui / Date	Non
ROR		
Rougeole		
Rubéole		
Varicelle		
Coqueluche		
Hépatite A		
Grippe (annuellement)		

\*Cf. recommandations et modalités sur <https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Recommandations-vaccinales-specifiques/Professionnels-exposes-a-des-risques-specifiques/Professionnels-de-sante>

**BCG - pour information**

Le [décret n°2019-149 du 27 février 2019](#) suspend l'obligation de vaccination contre la tuberculose des professionnels visés aux articles [R.3112-1 C](#) et [R.3112.2](#) du code de la santé publique. Ainsi, la vaccination par le BCG ne sera plus exigée lors de la formation ou de l'embauche de ces professionnels dès le 1<sup>er</sup> avril 2019. Toutefois, il appartiendra aux médecins du travail d'évaluer ce risque et de proposer, le cas échéant, une vaccination par le vaccin antituberculeux BCG au cas par cas aux professionnels du secteur sanitaire et social non antérieurement vaccinés, ayant un test immunologique de référence négatif et susceptibles d'être très exposés

**ATTENTION** : le certificat d'aptitude de l'élève à l'entrée en formation dépend de ces indications.

Je soussigné(e), Docteur .....

Certifie que Mme – M. ....

a répondu à ses obligations vaccinales selon le texte en vigueur et a reçu les vaccinations obligatoires précédentes.

**SIGNATURE DU MEDECIN :**

**CACHET :**

Pour toute information, vous pouvez vous rendre sur le site Vaccination InfoService.fr <https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Recommandations-vaccinales-specifiques/Professionnels-exposes-a-des-risques-specifiques/Professionnels-de-sante>

