



# DOSSIER ADMINISTRATIF ENTRÉE EN FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

## RENTRÉE SEPTEMBRE 2023

**Ce dossier est strictement réservé aux candidats admis en IFSI pour la rentrée de septembre 2023 et ayant confirmé leur place à l'issue de la sélection FPC ou PARCOURSUP.**

↳ Vous devez **imprimer ce dossier en recto uniquement.**

Le dossier doit être retourné dûment complété et accompagné des pièces demandées **par voie postale en Lettre Suivie** au plus tard :

- Le **21 Juillet 2023** pour les candidats FPC ayant confirmé l'inscription auprès de l'institut entre le **06 mai** et le **19 mai 2023** ;
- Le **21 juillet 2023** pour les candidats Parcoursup ayant accepté définitivement une proposition d'admission entre le **1<sup>er</sup> juin** et le **13 juillet 2023** inclus ;
- Le **1<sup>er</sup> septembre 2023** pour les candidats Parcoursup ayant accepté définitivement une proposition d'admission entre le **14 juillet** et le **25 août 2023** inclus.

↳ **L'admission à l'institut de formation en soins infirmiers est subordonnée à l'envoi de l'ensemble des documents à l'adresse suivante :**

« Centre Hospitalier – IFSI  
Promotion 2023/2026  
1060 Chemin de la Madeleine  
CS 40001  
11010 CARCASSONNE CEDEX »

**Pour tout renseignement,  
vous pouvez nous joindre au 04.30.51.24.01  
[gestion.ifsu.ifas@ch-carcassonne.fr](mailto:gestion.ifsu.ifas@ch-carcassonne.fr)**

L'IFSI sera fermé du 07 au 15 août 2023 inclus

**La rentrée s'effectuera le lundi 4 septembre 2023**



Madame, Monsieur,  
Etudiant(e) en soins infirmiers

**PROMOTION 2023/2026**

N/Réf. : 2023/CB/MM

Objet : Rentrée universitaire 2023/2024.

Madame, Monsieur,

Vous avez été admis(e) à l'institut de formation en soins infirmiers de Carcassonne. L'équipe pédagogique, administrative et moi-même sommes heureux de vous accueillir au sein de l'institut de formation.

Je vous informe que la **rentrée** est fixée au **lundi 4 septembre 2023 à 10 heures**.

Dans l'hypothèse d'une formation à distance, vous devrez être en possession d'un ordinateur et d'une connexion internet au jour de la rentrée.

Toutes les modalités d'organisation pédagogique vous seront détaillées par l'équipe pédagogique le lundi 4 septembre 2023.

Le calendrier d'alternance 2023/2024 est joint en annexe 1 du livret d'accueil afin de vous permettre d'anticiper l'organisation de votre formation (les cours se dérouleront entre 8h et 17h30).

Vous trouverez sur le site internet <https://www.ch-carcassonne.fr/IFSI/IFAS> les documents à télécharger :

- Le dossier administratif à constituer et à retourner selon les modalités mentionnées en page 1 ;
- Le livret d'accueil et d'information à l'attention des apprenants ;
- Pour les étudiants concernés, le dossier de demande de dispenses d'enseignement.

Les étudiants demandeurs de bourses sont invités à effectuer leur demande sur le site internet <https://www.laregion.fr/bourses-etudes-sanitaires-sociales> (confer page 9 du livret d'accueil). La campagne de bourses 2023 est ouverte entre le 1<sup>er</sup> juin au 20 octobre 2023 pour les étudiants de 1<sup>ère</sup> année.

Un code établissement (à caractère confidentiel) vous sera demandé pour saisir votre demande, ce code est : **IFSICARCASSONNE2023**.

J'attire votre attention sur la nécessité de nous retourner dans le délai précisé l'ensemble des pièces indispensables à la constitution de votre dossier.

Restant à votre disposition, je vous prie d'agréer, madame, monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

La Directrice des Instituts de Formation IFSI-IFAS  
Centre Hospitalier de Carcassonne

**SIGNE**

**Catherine BECQUET**



**Tous les documents ci-joints  
doivent être imprimés en  
RECTO uniquement**



NOM et Prénom : .....	Colonne réservée à l'IFSI
<b>DOSSIER ADMINISTRATIF</b>	
<b>DOCUMENTS CI-JOINTS A COMPLETER :</b>	
<input type="checkbox"/> La fiche de renseignements.	
<input type="checkbox"/> L'attestation de droit à l'image et le moyen de locomotion.	
<input type="checkbox"/> La fiche d'inscription aux services du centre de ressources et de documentation.	
<input type="checkbox"/> La fiche de renseignements pour la prise en charge financière de votre formation.	
<input type="checkbox"/> La fiche de renseignements « Stages ».	
<input type="checkbox"/> La fiche de recueil d'informations pour l'accompagnement de l'étudiant en situation de handicap (facultatif).	
<b>DOCUMENTS A FOURNIR :</b>	
<input type="checkbox"/> 1 chèque de 170€ à l'ordre du trésor public pour les droits d'inscription universitaire <b>non remboursés en cas de désistement.</b> (mentionner votre nom au dos du chèque).	
<input type="checkbox"/> L'attestation de la contribution vie étudiante et de campus (téléchargeable sur le site : <a href="https://vec.etudiant.gouv.fr">https://vec.etudiant.gouv.fr</a> ) d'un montant de 100€ à régler sur la plateforme APOGEE en ligne du CROUS.	
<input type="checkbox"/> Pour les étudiants concernés et sous réserve de l'avoir reçue, la notification officielle de bénéfice d'une bourse sanitaire et sociale au titre de l'année universitaire 2023-2024.	
<input type="checkbox"/> Pour les candidats relevant de la sélection Parcoursup : la photocopie du diplôme ayant permis l'inscription sur la plateforme (baccalauréat ou équivalent).	
<input type="checkbox"/> L'attestation de désinscription ou attestation sur l'honneur de non inscription sur Parcoursup pour les candidats ayant passé les épreuves relevant de la F.P.C. et inscrits sur Parcoursup.	
<input type="checkbox"/> Pour les candidats bacheliers 2023, la photocopie de leur relevé de notes du baccalauréat.	
<input type="checkbox"/> La photocopie <b>couleur</b> d'une pièce d'identité en cours de validité (carte d'identité, passeport, titre de séjour, uniquement) <b>recto/verso sur la même page.</b>	
<input type="checkbox"/> La photocopie de votre carte vitale avec votre propre numéro de sécurité sociale.	
<input type="checkbox"/> L'attestation d'ouverture de droits à la sécurité sociale de votre département de moins de 6 mois (téléchargeable sur le site : <a href="http://ameli.fr">ameli.fr</a> ou sur une borne de la sécurité sociale).	
<input type="checkbox"/> L'attestation d'assurance couvrant les risques professionnels et la responsabilité civile des étudiants en soins infirmiers (voir modalités dans livret d'accueil – page 5 - "La responsabilité civile et risques professionnels").	
<input type="checkbox"/> Document(s) visant à justifier la prise en charge financière du coût pédagogique de votre formation.	
<input type="checkbox"/> Le certificat médical (ci-joint) à faire compléter par un <b>Médecin départemental agréé</b> attestant que le candidat ne présente pas de contre-indication physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession infirmier(e). (Liste médecins agréés : <a href="https://www.occitanie.ars.sante.fr/medecins-agrees-13">https://www.occitanie.ars.sante.fr/medecins-agrees-13</a> ).	
<input type="checkbox"/> Le certificat médical de vaccinations (ci-joint) à faire compléter par votre Médecin Traitant ou par le Médecin Départemental agréé.	
<input type="checkbox"/> La photocopie des vaccinations notées sur votre carnet de santé.	
<input type="checkbox"/> 1 Photocopie de la carte grise du véhicule utilisé pour les déplacements durant la formation. (inscrire en haut à droite votre Nom et Prénom ainsi que la couleur du véhicule).	
<input type="checkbox"/> 1 Relevé d'Identité Bancaire au nom de l'étudiant.	



## FICHE DE RENSEIGNEMENTS – PROMOTION 2023/2026

**Jour de la rentrée à l'I.F.S.I. : *Le lundi 4 septembre 2023***

**A compléter en lettres majuscules**

### IDENTITE / TELEPHONE / INE :

NOM : \_\_\_\_\_ NOM Marital : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Autres prénoms : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_ Dépt : ( \_\_\_\_\_ )

Nationalité : \_\_\_\_\_

N° de Téléphone portable : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

N° INE : .....

(Numéro d'identifiant national étudiant) ou BEA (Numéro de base élève académique) **OBLIGATOIRE**. Ce numéro est précisé sur votre relevé de notes du baccalauréat (BEA) ou sur votre ancienne carte étudiant (INE).

### AFFILIATION A LA SECURITE SOCIALE :

N° Immatriculation à la sécurité sociale **OBLIGATOIRE** (de l'étudiant) :

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ clé \_\_\_\_

Caisse d'affiliation : (à préciser : CPAM / RSI / MSA...) \_\_\_\_\_ Dépt ( \_\_\_\_\_ )

### SITUATION FAMILIALE :

Célibataire  Divorcé(e)  Veuf(ve)

Marié(e) ou PACS  Concubinage  Séparé (e)

### ADRESSE DE L'ETUDIANT PENDANT SA FORMATION :

.....  
.....

N° de Téléphone fixe : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

@Mail : [prenom.nomifsi11010@gmail.com](mailto:prenom.nomifsi11010@gmail.com) <sup>(1)</sup> : ..... ifsi11010@gmail.com

<sup>(1)</sup> Il est **obligatoire** de créer une adresse mail formalisée en respectant précisément le format suivant : [prenom.nomifsi11010@gmail.com](mailto:prenom.nomifsi11010@gmail.com). Attention : le Nom doit être celui de jeune fille pour les étudiantes mariées. Toute autre adresse mail ne sera pas acceptée. L'institut de formation utilisera cette adresse Gmail pour toute la durée de votre formation. Cette adresse permettra à l'institut de formation de vous communiquer des identifiants de connexion pour accéder à la plateforme pédagogique.

@Mail autre que celui utilisé pendant les études <sup>(2)</sup> : .....@.....

<sup>(2)</sup> Noter votre adresse mail personnelle ; elle sera utilisée pour l'envoi d'informations après votre fin de formation. (Information pour cérémonie du diplôme d'Etat, offres d'emploi...).



**AUTRE RESIDENCE :**

.....  
.....  
.....

**VOIE D'ADMISSION ET DIPLÔME :**

✓ **Voie d'admission en IFSI :**

**Parcoursup**

**F.P.C.**

Niveau d'études : .....

Dernier établissement fréquenté : .....

✓ **Diplôme obtenu avant votre admission à l'institut :**

Baccalauréat – Série : ..... Année d'obtention : ..... Académie : .....

Baccalauréat étranger : Spécialité : ..... Pays d'obtention : ..... Année : .....

Equivalence titre de niveau IV (titre à préciser) : ..... Année : .....

Validation des acquis : ..... Année : .....

Diplôme d'Etat d'Aide-médico-psychologique : ..... Année : .....

Diplôme d'Etat d'Aide-soignant : ..... Année : .....

Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Puériculture : ..... Année : .....

Diplôme d'Etat d'infirmier hors U.E. : ..... Pays d'obtention : ..... Année : .....

PACES

Autre (à préciser) : .....

Diplôme(s) universitaire(s) : ..... Année : .....

*(Joindre obligatoirement la photocopie du récapitulatif des U.E. validées)*

✓ **Avez-vous effectué une (ou plusieurs) année(s) préparatoire(s) :**

OUI     NON

Si OUI, précisez la période et le nom de l'établissement : .....

✓ **Activités professionnelles avant l'entrée à l'institut de formation :** .....

✓ **Avez-vous déjà été inscrit(e) en études supérieures (PACES, Fac de sciences, IUT,...) ?**

NON     OUI ; en quelle année : ..... Quelle filière ? .....



**EXPERIENCE(S) OU ACTIVITE(S) PROFESSIONNELLE(S) ANTERIEURE(S) :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**MOYEN DE LOCOMOTION :**

L'étudiant s'engage à avoir un moyen de locomotion pour se rendre sur les différents lieux de stage en fonction de la programmation pédagogique.

Permis de conduire :  OUI  NON  en cours

Type de véhicule :  Voiture  Vélomoteur / Scooter < 50 cm3  
 Motocyclette > = 50cm3  Néant

Immatriculation : ..... Nombre de CV (P.6): ..... Modèle : ..... Couleur : .....

*(En cas de changement de véhicule en cours de scolarité transmettre au secrétariat la nouvelle carte grise)*

**PERSONNE(S) A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :**

NOM : ..... Prénom : .....

N° de Téléphone : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ N° de Téléphone portable : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

NOM : ..... Prénom : .....

N° de Téléphone : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ N° de Téléphone portable : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**PERSONNE(S) DE CONFIANCE POUVANT ETRE CONTACTEE EN COURS DE SCOLARITE :**

NOM : ..... Prénom : .....

N° de Téléphone : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ N° de Téléphone portable : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

NOM : ..... Prénom : .....

N° de Téléphone : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ N° de Téléphone portable : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



**ENFANT(S) DE L'ETUDIANT :**

Nom, Prénom et âge des enfant(s) de l'étudiant :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**FAMILLE DE L'ETUDIANT :**

**Père :** ..... **Age :** ..... **Profession :** .....

N° de Téléphone portable : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Adresse : .....

.....  
.....

**Mère :** ..... **Age :** ..... **Profession :** .....

N° de Téléphone portable : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Adresse : .....

.....  
.....

**Conjoint (e) :** ..... **Age :** ..... **Profession :** .....

N° de Téléphone portable : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Adresse : .....

.....  
.....

**BOURSES REGIONALES :**

**Avez-vous fait une demande de bourse pour l'année universitaire 2023/2024 ?**

OUI       NON

**⚡ (Si oui, dès réception, pensez à la remettre au secrétariat pour le remboursement du montant des frais d'inscription universitaire).**





**AUTRES RENSEIGNEMENTS :**

➤ **Situation de handicap<sup>2</sup>** : reconnaissance administrative d'un handicap ou d'une perte d'autonomie.

Oui       Non

<sup>2</sup> Merci de signaler si vous êtes porteurs de handicap pour que nous puissions favoriser votre accueil et vos enseignements. Joindre un certificat médical précisant la nature du handicap et les aménagements nécessaires.

➤ **Etes-vous allergique au latex ?**       Oui       Non

---

J'atteste de la sincérité et de l'exactitude de tous les renseignements portés sur le présent document et m'engage à vous informer de tous changements.

Fait à ....., le .....

Signature de l'étudiant(e)

(si l'étudiant(e) est mineur(e) le 04 septembre 2023, précisez : Nom – Prénom,  
coordonnées et signature des parents ou tuteur légal)



## FICHE DE RENSEIGNEMENTS PRISE EN CHARGE FINANCIERE DE LA FORMATION

Ce document est indispensable pour la prise en charge du coût de votre formation. Tous renseignements erronés pourraient entraîner une facturation totale de l'année de formation à l'étudiant(e).

**Pour information :** Le coût de la formation est pris en charge par le Conseil Régional Occitanie pour l'étudiant(e) en poursuite de scolarité ainsi que pour le demandeur d'emploi, sous réserve que l'étudiant(e) puisse justifier de sa situation préalablement à son entrée en formation.

COUT FORMATION D.E INFIRMIER(E) : **9 100 €** par année de formation (tarif 2023 révisable chaque année).

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, déclare avoir pris connaissance du coût de la formation et atteste être dans la situation suivante avant mon entrée en formation : **Cochez et complétez ci-dessous votre situation :**

### A. Je suis étudiant(e) :

- En poursuite de scolarité :** (je n'ai jamais quitté le cursus scolaire) :

Précisez l'établissement fréquenté - année scolaire 2022-2023 : .....

**📄 Fournir tous les certificats de scolarité des établissements fréquentés depuis l'obtention du baccalauréat à ce jour.**

**📄 Le cas échéant, la ou les attestations de scolarité en classe préparatoire aux épreuves de sélection d'entrée en IFSI.**

### B. Je suis demandeur d'emploi :

- Demandeur d'emploi :**  **en cours d'inscription :**

N° d'identifiant auprès de Pôle Emploi (**OBLIGATOIRE**) : .....

Date d'inscription : .....

Précisez l'agence de rattachement (**OBLIGATOIRE**) : .....

**📄 - Fournir un avis de situation daté de moins de 3 mois.**

Percevez-vous des Indemnités POLE EMPLOI ?  OUI  NON

### C. Je suis salarié(e) :

- Salarié(e) du secteur public (formation professionnelle) :**

Nom et adresse de l'établissement d'origine : .....

.....

Coordonnées de la personne à contacter : .....

..... Téléphone : .....

Nom et adresse de l'organisme de prise en charge : .....

.....

**📄 Fournir l'attestation de prise en charge par l'employeur du coût de la formation.**

.../...



**Salarié(e) du secteur privé :**

TRANSITION PRO    UNIFAF    UNIFORMATION   Autre  \_\_\_\_\_

N° de dossier : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Mail : .....

Personne à contacter :

***Fournir l'attestation ou la convention de prise en charge des frais de formation de l'employeur ou d'un fonds de formation.***

**D. Autres situations nécessitant un financement personnel de la formation :**

➤ **Congé sans solde :**       OUI       NON

➤ **En Disponibilité :**       OUI       NON

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, m'engage à régler chaque année le montant de ma formation. Signature :

**E. Je suis en contrat de formation d'apprentissage (C.F.A.) :**

Nom et adresse du Centre de formation des Apprentis :

.....  
.....

Coordonnées de la personne à contacter :

.....Téléphone : .....

***Fournir l'attestation de prise en charge du CFA.***

Nom et adresse de l'établissement avec lequel vous êtes en apprentissage :

.....

Coordonnées de la personne à contacter :

.....Téléphone : .....

J'atteste de la sincérité et de l'exactitude de tous les renseignements portés sur le présent document.

Fait à ....., le .....

Signature de l'étudiant(e)

(si l'étudiant(e) est mineur(e) le 04 septembre 2023, précisez : Nom – Prénom, coordonnées et signature des parents ou tuteur légal)



## I / CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE

**A compléter par le Médecin Agrée**

Je soussigné(e) ..... médecin agréé sous le numéro d'agrément  
..... certifie avoir examiné le ..... / ..... / ..... l'étudiant(e) en soins infirmiers suivant(e) :

**Nom de jeune fille :** ..... **Prénom :** .....

**Nom :** ..... **Date de naissance :** ..... / ..... / .....

et atteste que la personne susnommée possède :

- l'aptitude physique à intégrer un institut de formation en soins infirmiers et d'y suivre l'intégralité des unités d'enseignement théorique et la formation clinique inhérentes au recueil des principaux textes relatifs au diplôme d'Etat ;
- l'aptitude psychologique à intégrer un institut de formation en soins infirmiers et d'y suivre l'intégralité des unités d'enseignement théorique et la formation clinique inhérentes au recueil des principaux textes relatifs au diplôme d'Etat.

Certificat établi le ..... / ..... / .....

Signature et cachet du médecin agréé

## II / CERTIFICAT MEDICAL DE VACCINATIONS

Je soussigné(e) ..... médecin agréé sous le numéro d'agrément  
..... avoir examiné le ..... / ..... / ..... l'étudiant(e) en soins infirmiers :

**Nom de jeune fille :** ..... **Prénom :** .....

**Nom :** ..... **Date de naissance :** ..... / ..... / .....

atteste que la personne susnommée possède la protection vaccinale conforme à la **réglementation en vigueur** fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France, et est apte à intégrer un institut de formation en soins infirmiers et d'y suivre l'intégralité des unités d'enseignement théorique et la formation clinique inhérente au recueil des principaux textes relatifs au diplôme d'Etat :

- Diphtérie Tétanos Polio Coqueluche  LE : .....
- Test tuberculique < à 5 ans  .....mm LE : .....
- Hépatite B (3 injections)  Schéma de vaccination contre l'Hépatite B complet :  
1<sup>ère</sup> dose : ..... 2<sup>ème</sup> dose : ..... 3<sup>ème</sup> dose : .....
- Nécessite l'injection de dose(s) supplémentaire(s)
- Sérologie Ac HBS  Résultat : ..... UI/ml LE : .....
- Si < à 10 UI/ml, 4<sup>ème</sup> injection faite LE : .....

Certificat établi le ..... / ..... / .....

Signature et cachet du médecin agréé

Conformément à l'article 54 Titre III de l'arrêté du 21 avril 2007 modifié notamment par les arrêtés du 17 avril 2018 et du 17 janvier 2020 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux :

« L'admission définitive dans un institut de formation est subordonnée :

1° A la production, au plus tard le premier jour de la rentrée, d'un certificat médical par un médecin agréé attestant que le candidat ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession.

2° A la production, au plus tard le jour de la première entrée en stage, d'un certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France. »



## ATTESTATION : DROIT A L'IMAGE ET MOYEN DE LOCOMOTION

Je soussigné(e),

Nom : ..... Prénom : .....

### 1/ PUBLICATION EN LIGNE

Lors de la publication en ligne des résultats du Diplôme d'Etat d'Infirmier votre nom sera mentionné sur la liste émise par la Direction Régionale de l'Economie, de l'Emploi, du Travail et des Solidarités (DREETS Occitanie).  
Dans le cas où vous n'êtes pas favorable à la publication en ligne de votre nom, nous vous invitons à nous faire parvenir une demande écrite d'opposition.

### 2/ DROIT A L'IMAGE

Lors de séances récréatives, de travaux pratiques ou de travaux dirigés effectués au sein de l'institut de formation en soins infirmiers de Carcassonne, l'étudiant(e) est amené(e) à être photographié ou filmé.  
Dans le cas où vous n'êtes pas favorable à être photographié(e) ou filmé(e), nous vous invitons à nous faire parvenir une demande écrite d'opposition.

### 3/ MOYEN DE LOCOMOTION

#### M'engage :

à avoir un moyen de locomotion pour me rendre sur les différents lieux de stage au vue de la programmation pédagogique.

Fait à ....., le .....

Signature de l'étudiant(e)

(si l'étudiant(e) est mineur(e) le 04 septembre 2023, précisez : Nom – Prénom,  
coordonnées et signature des parents ou tuteur légal)



## FICHE DE RENSEIGNEMENTS « STAGES »

Nom : ..... Nom d'épouse : .....

Prénom : ..... Age : ..... ans.

Adresse familiale :

.....  
.....

Adresse pendant les études :

.....  
.....

Permis de conduire        oui                        non

**Stages effectués dans le domaine sanitaire et social.**

Précisez le nom de l'établissement, du service et de la ville ainsi que la durée du stage.

- .....
- .....
- .....
- .....

**Emplois dans le secteur sanitaire et social.**

Précisez le nom de l'établissement, du service, de la ville, la qualification et la durée de l'exercice professionnel.

- .....
- .....
- .....
- .....

**Personnes que vous connaissez personnellement (professionnel de santé, résident d'un EHPAD)**

Préciser le nom de la structure.

- .....
- .....



## FICHE INSCRIPTION CENTRE DE RESSOURCES ET DE DOCUMENTATION

**CENTRE HOSPITALIER  
Carcassonne**

**FICHE D'INSCRIPTION AUX SERVICES DU CENTRE DE  
RESSOURCES & DOCUMENTATION**

**Nom (naissance)/Prénom :** \_\_\_\_\_

**Adresse :** \_\_\_\_\_

**Code postal :** \_\_\_\_\_ **Ville :** \_\_\_\_\_

**Mail :** ifsi11010@gmail.com / Tél. : \_\_\_\_\_

*Cette adresse mail doit être créée par vos soins avant la rentrée universitaire.*

**N°SS :** \_\_\_\_\_ / **Clé** \_\_\_\_\_ **Année de naissance :** \_\_\_\_\_

**Institut de formation  
en soins infirmiers  
et d'aides-soignants  
Centre de Ressources  
et documentation**

1060 chemin de la madeleine  
CS40001  
11010 CARCASSONNE Cedex

Il est **obligatoire** de créer une adresse mail formalisée, avant la rentrée universitaire, **en respectant précisément le format suivant :**

[prenom.nomifsi11010@gmail.com](mailto:prenom.nomifsi11010@gmail.com)

**Attention :** le Nom doit être celui de jeune fille pour les étudiantes mariées. Toute autre adresse mail ne sera pas acceptée. L'institut de formation utilisera cette adresse Gmail pour toute la durée de votre formation. Cette adresse permettra à l'institut de formation de vous communiquer des identifiants de connexion pour accéder à la plateforme pédagogique.



# Fiche de recueil d'informations pour l'accompagnement de l'étudiant/élève en situation de handicap

A compléter si vous le souhaitez (facultatif)

Nom de l'étudiant : .....

Prénom : .....

## Renseignement concernant le handicap ou la perte d'autonomie :

### Votre type de handicap :

Déficiência motrice :  membre(s) supérieur(s)  membre(s) inférieur(s)

Maladies invalidantes :  souhaitez-vous préciser : .....

Déficiência visuelle :

Troubles psychiques :

Déficiência auditive :

Déficiência intellectuelle :

### Vos besoins en aides techniques :

Aucune  Canne, béquille  Déambulateur  fauteuil roulant

Autres aides techniques merci de préciser : .....

### Votre capacité à monter des marches :

Impossible  1 à 4 marches  1 étage

AUTRES BESOINS, précisez :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....





**Actions à mettre en place :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Résultats :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

---

**Pour le secrétariat → remettre cette fiche complétée au Référent Handicap.**