

DOSSIER ADMINISTRATIF ENTRÉE EN FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

RENTRÉE SEPTEMBRE 2023

Ce dossier est strictement réservé aux étudiants admis dans le cadre d'un transfert vers l'institut de formation en soins infirmiers du Centre Hospitalier de Carcassonne.

↳ 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** à l'adresse suivante :

« Centre Hospitalier – IFSI
Promotion 20XX / 20XX (**préciser votre promotion**)
1060 Chemin de la Madeleine
CS 40001
11010 CARCASSONNE CEDEX »

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

**Pour tout renseignement,
vous pouvez nous joindre au 04.30.51.24.15
ifsi.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

→ TRANSFERT - PROMOTION 2022/2025
ou
→ TRANSFERT - PROMOTION 2021/2024

N/Réf. : 2023/CB/SA
Objet : Rentrée universitaire 2023/2024.

Madame, Monsieur,

Suite à votre demande de transfert, et après étude de votre dossier pédagogique, j'ai le plaisir de vous faire savoir que j'é mets un avis favorable à votre demande de transfert. L'équipe pédagogique, administrative et moi-même sommes heureux de vous accueillir au sein de l'institut de formation en soins infirmiers de Carcassonne.

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

- Le présent 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.

Je vous informe que **la rentrée s'effectuera en présentiel**. Elle est fixée au **lundi 04 septembre 2023** à :

- ✓ **à 09h00** pour la promotion 2022-2025 ;
- ✓ **à 09h00** pour la promotion 2021-2024.

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 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 :

Du 21 mars au 31 juillet 2023 pour les 2ème, 3ème et 4ème années.

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 les délais précisés 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 e t Prénom : Transfert en semestre : | | Colonne réservée à l'IFSI |
| DOSSIER ADMINISTRATIF | | |
| DOCUMENTS CI-JOINTS A COMPLETER : | | |
| <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). | | |
| DOCUMENTS A FOURNIR : | | |
| <input type="checkbox"/> 1 chèque de 170€ à l'ordre du trésor public pour les droits d'inscription universitaire non remboursés en cas de désistement. (mentionner votre nom au dos du chèque). | | |
| <input type="checkbox"/> L'attestation de la contribution vie étudiante et de campus (téléchargeable sur le site : https://cvec.etudiant.gouv.fr) d'un montant de 100€ à régler sur la plateforme APOGEE en ligne du CROUS. | | |
| <input type="checkbox"/> Pour les candidats bacheliers, la photocopie de leur relevé de notes du baccalauréat. | | |
| <input type="checkbox"/> La photocopie couleur d'une pièce d'identité en cours de validité (carte d'identité, passeport, titre de séjour, uniquement) recto/verso sur la même page. | | |
| <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 : ameli.fr 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"/> La notification conditionnelle de bénéfice d'une bourse sanitaire et sociale au titre de l'année universitaire 2023-2024 pour les étudiants concernés. | | |
| <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 d'aptitude à suivre la formation. (Ce certificat peut être fait par votre médecin traitant et ne nécessite pas la consultation d'un médecin 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. | | |

INFORMATIONS

- 1) **Demande de bourses :** Les informations concernant la campagne des bourses sanitaires et sociales 2023/2024 sont à consulter en page 9 du livret d'accueil et d'information mis à votre disposition sur le site : <https://www.ch-carcassonne.fr/IFSI/IFAS>.
- 2) L'**ALTERNANCE 2023/2024** est disponible en page 26 du livret d'accueil et d'information mis à votre disposition sur le site : <https://www.ch-carcassonne.fr/IFSI/IFAS>.
- 3) **Le livret d'accueil et d'information à l'attention des apprenants** est à consulter sur le site : <https://www.ch-carcassonne.fr/IFSI/IFAS>.

FICHE DE RENSEIGNEMENTS – PROMOTION _____ / _____

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 ⁽¹⁾ : ifsi11010@gmail.com

⁽¹⁾ Il est **obligatoire** de créer une adresse mail formalisée en respectant précisément le format suivant : 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 ⁽²⁾ :@.....

⁽²⁾ 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(S) :

✓ **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, Prénoms 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 : **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 handicap²** : reconnaissance administrative d'un handicap ou d'une perte d'autonomie.

Oui Non

² 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 2023-2024 :

🔗 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)

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**

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

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

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 :

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

Maladies invalidantes : souhaitez-vous préciser :

Déficience visuelle :

Troubles psychiques :

Déficience auditive :

Déficience 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 :

.....

.....

.....

.....

.....



CENTRE HOSPITALIER
Carcassonne



Actions à mettre en place :

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

Résultats :

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

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