



GROUPEMENT HOSPITALIER  
**CAUX MARITIME**

DIEPPE | SAINT-VALÉRY-EN-CAUX | EU  
LE TRÉPORT | LUNÉRAY | SAINT-CRESPIN | ENVERMEU

CENTRE HOSPITALIER DE DIEPPE  
INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS  
ET D'AIDES-SOIGNANTS(ES)



# INTÉGRATION PARCOURSUP

**LIVRET DE RENTRÉE  
CONSTITUTION DU DOSSIER ADMINISTRATIF**

**INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS**

**RENTRÉE LE 31 AOUT 2026 A 14H00**



CENTRE HOSPITALIER DE DIEPPE  
INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS  
ET D'AIDES-SOIGNANTS(ES)

Madame, Monsieur,

Nous avons le plaisir de vous accueillir au sein de notre Institut de Formation.

Afin de constituer votre dossier administratif de rentrée, nous vous invitons à suivre les consignes suivantes et respecter les dates inscrites ci-dessous en fonction de votre situation.

Les dates limites d'inscription administrative pour les formations initiales du premier cycle de l'enseignement supérieur, indiquée sur la plateforme Parcoursup, sont fixées :

- **Au 24 juillet 2026 à douze heures** (heure de Paris), pour les candidats ayant accepté définitivement une proposition d'admission entre le **02 juin et le 06 juillet 2026 inclus**,
- **Au 31 août 2026 à douze heures** (heure de Paris), pour les candidats ayant accepté, définitivement ou non, une proposition d'admission entre le **07 juillet et le 17 août 2026 inclus**.

Pour toute proposition d'admission acceptée **à partir du 18 août 2026**, **l'inscription administrative se fera dans les plus brefs délais après l'acceptation**.

Votre dossier administratif est à renvoyer complet à l'adresse mentionnée en pied de page.

A réception de celui-ci, un mail de confirmation vous sera adressé.

Pour information, les horaires de la rentrée vous seront communiqués par mail.

**NB. : pour les candidats possédant un titre de séjour, veillez à ce que celui-ci soit valide le jour de la rentrée. Le cas échéant, le certificat de scolarité ne pourra être délivré.**

**Aucun certificat de scolarité ne sera remis si le dossier est incomplet.**

**L'inscription à l'université ne remplace pas l'inscription administrative dans l'Institut.**

**CENTRE HOSPITALIER DE DIEPPE**  
**INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS**  
**ET D'AIDES-SOIGNANTS(ES)**

**CONSTITUTION DE VOTRE DOSSIER ADMINISTRATIF :**

- Fiche de renseignements (cf annexe)
- 2 photos d'identité récentes (au format 35mm X 45mm avec votre nom et prénom au dos) dont une est à coller sur la fiche de renseignements
- L'attestation de niveau français (B2) pour les étrangers
- Le coupon réponse-réponse autorisant ou n'autorisant pas les données personnelles à la Région Normandie
- Copie d'une pièce d'identité **recto/verso valide en couleur** (carte d'identité – passeport ou titre de séjour valide)  
*Pour les candidats possédant un titre de séjour, veillez à ce que celui-ci soit valide le jour de la rentrée. Le cas échéant, le certificat de scolarité ne pourra être délivré.*
- Copie du BAC ou relevés de notes pour les étudiants en terminale
- Attestation de « responsabilité civile/individuelle accident » délivrée par votre assureur
- Attestation CPAM (téléchargement sur le site Améli) ou autre protection sociale
- Autorisation d'utilisation d'adresse mail (cf annexe)
- Fiche de rémunération des stages (***Joindre un Relevé d'Identité Bancaire au nom de l'étudiant***)
- Attestation sur l'honneur concernant le permis, carte grise et assurance de votre véhicule
- Formulaire sportif de haut niveau (cf annexe) à compléter, si concerné

**CONSTITUTION DE VOTRE DOSSIER DE FINANCEMENT :**

- [Les droits de scolarité → Lien pour le paiement](#)

**Merci de fournir le justificatif de paiement** à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers avec le dossier d'inscription

- Attestation de la Contribution de la Vie Etudiante et de Campus (CVEC) à **télécharger**  
<https://cvec.etudiant.gouv.fr/>
- Fiche de financement de la formation – (cf document de la région) (cf annexe)
- Justificatifs de votre situation à la date de votre inscription

**CONSTITUTION DE VOTRE DOSSIER MEDICAL :**

- Autorisation d'hospitalisation et d'intervention chirurgicale (uniquement pour les apprenants mineurs) (cf annexe)
- Attestation de vaccinations à faire compléter par votre médecin traitant (cf annexe)
- Attestation d'honorabilité à télécharger. Vous rendre sur le site du [Service public](#)

**CENTRE HOSPITALIER DE DIEPPE**  
**INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS**  
**ET D'AIDES-SOIGNANTS(ES)**

**INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT LA RENTRÉE :**

**Tenues complètes (pantalons et tuniques) de stage**

Les uniformes sont prêtés par le service de lingerie du Centre Hospitalier de Dieppe et nécessaire pour les stages.

Le trousseau comprend 5 pantalons et 5 tuniques par étudiant.

**VACCINATIONS :**

**AVANT VOTRE ENTRÉE EN FORMATION, VOUS DEVEZ IMPÉRATIVEMENT :**

- Fournir l'attestation de vaccinations. Vous êtes prié(e) de le faire compléter par votre médecin traitant. Être à jour dans les vaccinations. Les étudiants en soins infirmiers sont soumis à une obligation vaccinale par l'arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L3111-4 du Code de la santé Publique.

**Article 2 : « Les élèves ou étudiants mentionnés à l'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté du 6 mars 2007, susvisé sont soumis aux obligations d'immunisation mentionnées à l'article L3111-4 du Code de la santé Publique, à défaut ils ne peuvent effectuer leur stage ».**

**INFORMATIONS GENERALES :**

**Les repas**

Un badge de self sera distribué aux apprenants le jour de la rentrée. Son approvisionnement s'effectue de préférence par **carte bancaire ou par chèque libellé à l'ordre du Trésor Public** et se fera au **RDC du Bâtiment Demarest à la Direction des Achats et des Ressources Matérielles (DARM)**. Ouverture du service les mardi et jeudi de 09h30 à 12h30 ou sur rendez-vous en cas d'indisponibilité sur ces créneaux en appelant le service. Des distributeurs de boissons et friandises sont à votre disposition au sein de l'institut.

**Informatique**

Nous vous conseillons d'avoir un **équipement informatique avec une connexion internet** suffisante pour suivre la formation.

**Centre de Documentation et d'Information (CDI) et logiciel accès dématérialisé**

Un Centre de Documentation et d'Information est à votre disposition gratuitement au sein de l'institut. Une plateforme est à votre disposition qui vous permettra d'avoir un accès dématérialisé aux ressources documentaires.

### **Bourses**

Vous êtes peut-être boursier, faites votre demande sur le site :

<https://www.crous-normandie.fr/bourses/faire-demande-de-bourse/>

**La fiche de renseignements spécifiques est à déposer sur votre espace DSE et non à remettre au secrétariat.**

**N'oubliez pas de nous fournir votre attestation conditionnelle de bourse.**

### **Inscription Universitaire**

Inscription administrative à l'Université Rouen Normandie pour les primo entrants en IFSI 2026

**Attention ! Cette procédure concerne uniquement les admis via Parcoursup !**

Votre inscription administrative à l'IFSI est complétée par une inscription administrative à l'Université Rouen Normandie afin d'accéder à la plateforme pédagogique Collégium Santé Normandie.

La Léo carte est la carte européenne d'étudiant(e) justifiant le statut étudiant. La demande se fait en même temps que l'inscription universitaire.

[Cf. Lien vous permettant d'aller sur le site de l'Université](#)

### **Sportif de haut niveau**

Si vous relevez du statut de sportif de haut niveau, veuillez compléter le document en annexe.

### **Apprenant en situation de handicap**

Les apprenants présentant un handicap, qui souhaitent bénéficier d'aménagement de la formation et/ou lors des évaluations doivent prendre contact auprès de Mme Buron Delphine, référente handicap, à l'adresse mail suivante : [dburon@ch-dieppe.fr](mailto:dburon@ch-dieppe.fr) et [ifsi@ch-dieppe.fr](mailto:ifsi@ch-dieppe.fr) ou par téléphone au 02.32.14.75.23

### **Informations sur les données administratives vous concernant**

L'IFSI du Centre Hospitalier de Dieppe traite vos données personnelles pour l'accomplissement de ses missions : Gestion des dossiers de candidatures à la formation, gestion des dossiers administratifs et pédagogiques, suivi des cursus et stages, de la sélection jusqu'à la fin de la formation. Les bases légales de ces traitements sont l'exécution d'une mission d'intérêt public ou le respect d'obligations légales. Les données sont conservées pendant le temps de votre cursus et sont archivées conformément aux dispositions réglementaires. Vos données sont transmises aux personnels administratifs et formateurs ainsi qu'aux organismes extérieurs participant à la prise en charge des formations et autorités de tutelle. A titre d'exemple, l'IFSI peut partager des informations relatives à votre dossier avec la Région Normandie, si ces informations ont nécessaires à la coordination et au suivi de votre parcours de formation.

Conformément à la réglementation relative à la protection des données, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, d'effacement de vos données et de limitation des traitements effectuées. Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant au secrétariat de l'institut : [ifsi@ch-dieppe.fr](mailto:ifsi@ch-dieppe.fr)



**GROUPEMENT HOSPITALIER  
CAUX MARITIME**

DIEPPE | SAINT-VALERY-EN-CAUX | EU  
LE TRÉPORT | LUNERAY | SAINT-CRESPIN | ENVERMEU

**CENTRE HOSPITALIER DE DIEPPE  
INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS  
ET D'AIDES-SOIGNANTS(ES)**



**DOSSIER ADMINISTRATIF  
RENTÉE IFSI 2026**





**CENTRE HOSPITALIER DE DIEPPE**  
INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS  
ET D'AIDES-SOIGNANTS(ES)

### DIPLOMES OBTENUS :

1/ \_\_\_\_\_ Année d'obtention : \_\_\_\_\_

Lieu / département d'obtention : \_\_\_\_\_

2/ \_\_\_\_\_ Année d'obtention : \_\_\_\_\_

Lieu / département d'obtention : \_\_\_\_\_

3/ \_\_\_\_\_ Année d'obtention : \_\_\_\_\_

Lieu / département d'obtention : \_\_\_\_\_

N° Identification Nationale de l'Etudiant (INE) : \_\_\_\_\_

**Préparation au concours :**  Oui  Non

Année / Lieu : \_\_\_\_\_

Avec quel établissement/organisme/lycée : \_\_\_\_\_

### SITUATION OCCUPÉE AVANT D'ENTRER A L'IFSI

Lycéen, étudiant :  Oui  Non

Sorti depuis plus de 6 mois du système scolaire :  Oui  Non

Demandeur d'emploi :  Oui  Non

Indemnisé :  Oui  Non Type d'allocation : \_\_\_\_\_

Salarié :  Oui  Non

Secteur public  Secteur privé Type de contrat : \_\_\_\_\_

Nom et adresse de l'employeur :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### RÉMUNÉRATION PENDANT LA FORMATION

Pôle emploi  Boursier  LADOM

N° Identifiant : \_\_\_\_\_

Employeur  Transitions pro  Autre (précisez)

Précisez nom + adresse : \_\_\_\_\_

**Quel que soit votre situation, vous devez obligatoirement renseigner le document « Financement de la formation »**



## APPRENANT EN SITUATION DE HANDICAP

*Si vous êtes en situation de handicap et que vous souhaitez bénéficier d'un aménagement de la formation et/ou lors des évaluations, nous vous invitons à prendre contact auprès du secrétariat de l'Institut, dès votre confirmation d'inscription (coordonnées en bas de page).*

*Aucune demande d'aménagement ne sera prise en compte après la date de rentrée soit le 31/08/2026. Les demandes d'aménagement devront être présentées en Instance de rentrée.*

Je soussigné(e), (Nom Prénom) \_\_\_\_\_, atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur la fiche d'inscription ci-dessus.

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Signature de l'étudiant(e)**

✓ Nom Prénom du/des représentant(s) légal(aux) (Pour les candidats mineurs)

\_\_\_\_\_, en qualité de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, en qualité de \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Signature des parents ou tuteurs**



## Formulaire d'autorisation – Partages de données personnelles – Institut de Formation / Région Normandie

### A l'attention des étudiants infirmiers et élèves aides-soignants,

Afin d'évaluer l'action publique de la Région Normandie dans le domaine des formations sanitaires et sociales, et pour répondre aux obligations légales sur le suivi des personnes en formation, la Région Normandie a décidé de se doter d'un outil permettant de répondre à ces évolutions et d'exercer au mieux ses compétences.

Dans le cadre de cette démarche, la Région et l'Institut de formation sont amenés à traiter et à partager un certain nombre de données afin de remplir leurs missions de service public. La Région et l'Institut déterminent les modalités techniques de mise à disposition afin d'assurer la transmission des données dans des conditions optimales de sécurité et de confidentialité.

Le fondement de ces opérations de traitement est défini par le décret n° 2017-772 du 4 mai 2017 relatif à l'organisation de l'échange de données dématérialisées relatives à la formation professionnelle entre les organismes financeurs de la formation professionnelle, les institutions et organisme chargés du conseil en évolution professionnelle et le compte personnel de formation qui permet notamment de traiter le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques (NIR).

Pour cela, nous devons recenser au mieux les informations concernant nos étudiants et élèves.

Le coupon réponse est à nous remettre avec votre dossier d'inscription.


 Madame Delphine BURON  
 Directrice de l'IFSI/IFAS par intérim  
 Coordinatrice Pédagogique  
 Adjointe à la Directrice  
 Référente Handicap  
 IFSI - IFAS  
 Institut de Formation  
 EN SOINS INFIRMIERS  
 ET D'AIDES SOIGNANTS  
 Caux Maritime  
 Centre Hospitalier de Dieppe  
 CS20219 - Avenue Pasteur  
 76200 DIEPPE CEDEX

✂ \_\_\_\_\_  
(à compléter impérativement et à retourner avec la fiche de renseignement ci-jointe)

Je soussigné(e) Madame, Monsieur ..... étudiant(e)/élève de la promotion :

IDE Septembre 2026                       AS Septembre 2026

- Autorise

- N'autorise pas

L'institut de formation à communiquer mes données personnelles à la Région Normandie.  
(Rayer la mention inutile)



GROUPEMENT HOSPITALIER  
**CAUX MARITIME**

DIEPPE | SAINT-VALÉRY-EN-CAUX | EU  
LE TRÉPORT | LUNÉRAY | SAINT-CRESPIN | ENVERMEU

CENTRE HOSPITALIER DE DIEPPE  
INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS  
ET D'AIDES-SOIGNANTS(ES)



## AUTORISATION D'UTILISATION DE VOTRE ADRESSE E-MAIL

Madame, Monsieur,

Dans le but de communication et de rapidité, nous vous invitons à nous transmettre votre adresse e-mail pour faciliter les échanges.

Pour cela, vous devrez compléter et signer le coupon-réponse ci-dessous et nous le retourner.



Nom :

Prénom :

Votre adresse e-mail :

En cas de changement d'adresse électronique, l'institut devra en être informé.

Votre adresse E-mail faisant l'objet d'un traitement automatisé, vous disposez, à tout moment, conformément à la Loi n°78-17 du 6 janvier 1978, d'un droit d'accès, de rectification, ou de suppression de l'information relative à votre adresse E-mail.

La Loi du **20 juin 2018** a permis l'adaptation de la loi « *Informatique et libertés* » du 6 janvier 1978 au « Paquet Européen, de protection des données ». Elle met ainsi en conformité la loi du 6 janvier 1978 avec le **Règlement général sur la protection des données (RGPD)** du 27 avril 2016 directement applicable dans tous les pays européens depuis le 25 mai 2018.

### Loi n°2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles

Cette information nominative est exclusivement à l'usage de l'Institut et ne peut être communiquée à des tiers sans mon autorisation.

Fait à :

Le :

Signature :

**(Précédée de la mention « lu et approuvé »)**



## FICHE DE RÉMUNÉRATION DES STAGES

### ETAT CIVIL DE L'APPRENANT(E)

NOM DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

NOM D'USAGE : \_\_\_\_\_ AUTRES PRENOMS : \_\_\_\_\_

**Adresse de l'étudiant(e) pendant la formation :**

\_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Adresse de votre père (si différente) :

\_\_\_\_\_

Adresse de votre mère (si différente) :

\_\_\_\_\_



**Merci d'informer le secrétariat de l'Institut en cas de changement d'adresse.**

### INFORMATION(S) COMPLÉMENTAIRE(S)

**DOMICILIATION BANCAIRE : Fournir obligatoirement un RIB établi au nom de l'étudiant(e) lui (elle)-même.**

Libellé de la banque : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_  
Signature



GROUPEMENT HOSPITALIER  
**CAUX MARITIME**

DIEPPE | SAINT-VALERY-EN-CAUX | EU  
LE TRÉPORT | LUNERAY | SAINT-CRESPIN | ENVERMEU

**CENTRE HOSPITALIER DE DIEPPE**  
INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS  
ET D'AIDES-SOIGNANTS(ES)



RÉGION  
NORMANDIE

## ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) (Nom/Prénom) ....., étudiant(e) infirmier(e) de 1<sup>ère</sup> année,

### PERMIS DE CONDUIRE

Certifie avoir le permis de conduire Oui  Non  En cours

Si oui, date du permis de conduire .....

Est toujours en possession du permis de conduire à ce jour Oui  Non

### CARTE GRISE DE MON VEHICULE

Certifie avoir un véhicule dont la carte grise est à mon nom Oui  Non

Si oui :

Modèle du véhicule .....

Immatriculation du véhicule .....

Puissance fiscale / CV .....



**La carte grise sera vérifiée 1 fois par an.**

### ASSURANCE DE MON VEHICULE

Je certifie que mon véhicule est assurée Oui  Non

Nom et adresse de la compagnie d'assurance .....

Fait à : .....

Le : .....

Signature :

**(Précédée de la mention « je certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus »)**

## Sportif de Haut Niveau

Nom : ..... Prénom : .....

Vous êtes Sportif de Haut Niveau (SHN) – si oui, dans quelle catégorie appartenez-vous ?

- Les sportifs et sportives de Haut niveau inscrits sur la liste ministérielle regroupant les catégories Élite, Sénior, Relève et Reconversion.
- Les sportifs et sportives inscrits sur la liste des sportifs et sportives Espoirs et sur la liste des sportifs et sportives des collectifs nationaux.
- Les sportifs et sportives ne figurant pas sur la liste ministérielle mais appartenant à des structures d'enchaînement reconnues dans le parcours de performance fédéral (PPF) de la fédération dont ils ou elles relèvent et validées par le ministère des sports.

Si tel est le cas, **merci de joindre un justificatif**

*(copie des listes ministérielles, extrait de votre fédération attestant de votre appartenance au groupe des sportifs de haut niveau ou tout autre document justifiant cette appartenance).*

Lors de la rentrée, un rendez-vous sera fixé avec le cadre de santé formateur ainsi qu'avec la direction de l'IFSI/IFAS afin d'évoquer avec vous les aménagements possibles ou non pour cette formation, tenant compte de vos contraintes sportives mais également des contraintes scolaires.

Un rendez-vous avec le club sportif pourra être également programmé si besoin pour expliquer toutes les contraintes et/ou aménagements.

## NOTICE D'INFORMATION

### Financement de la formation

Avant d'entrer en institut de formation sanitaire ou sociale en Normandie, vous devez impérativement vous assurer du mode de financement de votre formation et de vos ressources <sup>(1)</sup> pendant la durée de votre formation.

VOUS ETES	QUI FINANCE VOTRE FORMATION <sup>(2)</sup>
En poursuite de scolarité : - Titulaire du baccalauréat depuis moins de 4 ans ou - En études (scolarité sans interruption pendant plus d'une année)	Région
Demandeur d'emploi sans emploi	Région <sup>(3)</sup>
Salarié en CDD (droit privé ou public) ou Salarié en CDI inférieur ou égal à 24h / semaine	Ou OPCO <sup>(4)</sup> (si éligible)
Salarié en CDI supérieur à 24h / semaine	Employeur ou OPCO
Contrats aidés, Contrat de Sécurisation Professionnelle, service civique	Région
Agent de la fonction publique (Titulaire, stagiaire, contractuel en CDI, en disponibilité, inscrit ou non à Pôle-Emploi)	Employeur ou OPCO
En formation financée par la Région	Vous-même <sup>(5)</sup>
Dans une autre situation	Vous-même

- (1) *Ressources : bourse régionale sur critères sociaux, allocation chômage, maintien de rémunération, ...*
- (2) *Conformément aux règles de financement régionales et sous réserve de modifications*
- (3) *Cas particulier, cf paragraphe 2.2.5 « Les formations d'aide-soignant, d'ambulancier et d'accompagnant éducatif et social » des règles de financement régionales*
- (4) *OPCO : Opérateurs de Compétences (Santé, Cohésion Sociale, ANFH, Dispositif de transition professionnelle ...)*
- (5) *Cf paragraphe 2.5 « délai de carence » des règles de financement régionales*

Votre statut est considéré la veille de l'entrée en formation.

Pour les formations pluriannuelles, ce statut est révisable tout au long du cursus de formation (justificatifs à transmettre en début d'année).

En cas de non-production des pièces demandées dans les délais impartis, le coût de la formation vous sera facturé.



#### SITUATIONS NON ELIGIBLES AU FINANCEMENT REGIONAL

- Salarié (hors contrats d'insertion, hors CDI inférieur ou égal à 24h/semaine et hors CDD)
- Agent stagiaire ou titulaire de la fonction publique
- Retraité ou ayant dépassé l'âge légal de la retraite

Financement de la formation par (précisez, y compris si en attente de réponse) :

Justificatifs à fournir : attestation de prise en charge (employeur ou organisme financeur) ou dans l'attente d'une réponse une attestation de dépôt d'un dossier de demande de prise en charge.



Vous n'êtes pas éligible au financement de votre formation par la Région.

Avez-vous suivi une formation qualifiante et certifiante, financée par la Région Normandie, au cours des 10 derniers mois ?

Oui (\*). Préciser la formation :

Non

(\*). Si oui, vous êtes soumis à un délai de carence de 10 mois entre la sortie de la première formation et l'entrée de la seconde. Toutefois, ce délai de carence n'est pas appliqué si vous êtes en poursuite de scolarité, ou si vous vous réorientez à l'issue d'une formation n'ayant pas donné lieu à la validation du diplôme d'Etat ou de la qualification visée.

**LES PIECES JUSTIFICATIVES DOIVENT IMPERATIVEMENT ETRE JOINTES A CE DOCUMENT ET RETOURNEES A L'INSTITUT DANS LES MEILLEURS DELAIS.**



**AUTORISATION D'HOSPITALISATION**  
**(Pour les candidats mineurs)**

Madame : .....

.....

Et/ou

Monsieur : .....

.....

Autorisent Madame la Directrice de l'Institut de formation en Soins Infirmier du Centre Hospitalier de Dieppe à faire hospitaliser leur fille/fils

Nom : .....

Prénom : .....

Etudiant(e) infirmier/ère, en cas d'urgence ou en cas de nécessité.

Date : ...../...../.....

Représentant légal

Représentant légal

Qualité : .....

Qualité : .....

Nom et prénom : .....

Nom et prénom : .....

Signature des parents ou du/des représentant(s) légal(aux)



## CERTIFICATS MEDICAUX OBLIGATOIRES POUR SUIVRE LA FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

→ Certificat médical émanant d'un médecin traitant :

Ce certificat doit attester que le candidat présente les **aptitudes physiques et psychologiques nécessaires à la formation et à l'exercice de la profession.**

→ Attestation de vaccinations à l'exercice de la profession :

**Cette attestation doit être complétée par votre médecin traitant (formulaire ci-après « attestation de vaccinations »).**

*Lors de votre rencontre avec le médecin traitant, vous devez présenter votre carnet de santé, les éléments de votre dossier médical que vous avez en votre possession ainsi que le document « Attestation de vaccinations » compléter.*

**Conformément à la réglementation en vigueur dans les IFSI (Arrêté du 22 octobre 2005 modifié, titre 1<sup>er</sup>, Art. 13), (Arrêté du 16 janvier 2006 modifié, titre 1<sup>er</sup>, Art. 13), la rentrée et votre formation ne pourront s'effectuer que si ces documents ont été rendus dans les délais impartis.**



## ATTESTATION DE VACCINATIONS

***Dans le cadre réglementaire pour l'entrée dans une formation paramédicale et de la conformité des obligations vaccinales décrite par :***

- L'article L3111- 4 (Loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 art. 62, art. 63 Journal Officiel du 20 décembre 2005)  
**Modifié par (Loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025 – art 55) concernant l'obligation d'une vaccination contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et la grippe.**

- 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 (Art. 2. Les élèves ou étudiants mentionnés à l'article 1er de l'arrêté du 6 mars 2007 susvisé sont soumis aux obligations **d'immunisation contre la rougeole** mentionnée à l'article L.3111-4 du code de la santé publique. (**A défaut, ils ne peuvent effectuer leurs stages**)).

- Le décret n° 2019-149 du 27 février 2019 modifiant le décret n° 2007-1111 du 17 juillet 2007 relatif à l'obligation vaccinale par **le vaccin antituberculeux BCG.**

**Je soussigné(e), Docteur :** .....

**Certifie que Mme, M. :** .....

**Né(e) le :** .....

**Est à jour dans ses vaccinations, avec un schéma vaccinal complet et/ou sérologie attestant de ce schéma.**

**Date :**

**Cachet et Signature du Médecin**



**Formations Paramédicales, Sociales et Santé**  
**FICHE SPECIFIQUE REGION NORMANDIE**



Rentrées janvier - février 2026  
Rentrées septembre - octobre - novembre 2026  
Dépts : 14-27-50-61-76

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ N° INE/BEA/INES : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

1) Votre situation familiale : Merci d'indiquer votre âge : -----

- Célibataire     Concubinage     Veuf(ve) (...../...../.....)\*     Divorcé(e) (...../...../.....)\*  
 Marié(e) ou pacsé(e) (...../...../.....)     Vous élevez seul(e) 1 ou des enfants  
 Bénéficiez-vous de l'allocation de soutien familial ? Si oui, **fournir l'attestation.**  
 Êtes vous bénéficiaire/ancien bénéficiaire de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) ? Si oui, **fournir l'attestation.**

2) A l'entrée en formation, je serai :

- Toujours dans le système scolaire ou sorti depuis moins de 9 mois du système scolaire  
 Sorti du système scolaire depuis 9 mois ou plus

<input type="checkbox"/> <b>Rentrée janvier 2026</b>	Date limite création DSE 28/02	Présentation à l'Établissement	avant le 15/04/26
<input type="checkbox"/> <b>Rentrée février 2026</b>	Date limite création DSE 31/03	Présentation notification à l'Établ	avant le 15/05/26
<input type="checkbox"/> <b>Rentrée septembre 2026</b>	Date limite création DSE 15/10	Présentation notification à l'Établ	avant le 15/12/26
<input type="checkbox"/> <b>Rentrée octobre 2026</b>	Date limite création DSE 30/11	Présentation notification à l'Établ	avant le 15/01/27
<input type="checkbox"/> <b>Rentrée novembre 2026</b>	Date limite création DSE 31/12	Présentation notification à l'Établ	avant le 15/02/27

Etab + lieu : \_\_\_\_\_ Formation (intitulé + année) : \_\_\_\_\_

3) Aide à l'évaluation du critère d'indépendance financière (hors pension(s) alimentaire(s) perçue(s)) :

- Avez-vous 1 avis d'imposition personnel N - 2 ?     Oui\*     Non  
- Avez-vous 1 avis d'imposition commun (couples mariés ou pacsés) N-2 ?     Oui\*     Non  
*En cas d'acquisition de l'indépendance fiscale postérieure à N-2, transmettre le dernier avis fiscal*  
- Avez-vous un logement indépendant de celui des parents ?     Oui\*     Non

4) Etes-vous inscrit à France Travail ? **Justificatif à fournir IMPERATIVEMENT**     Oui\*     Non

- Percevez-vous des allocations de retour à l'emploi (ARE) ?     Oui\*     Non\*  
versée par France Travail ou votre ancien employeur

- Date de fin de versement prévue\* : \_\_\_\_\_ (**Important** : un droit partiel peut vous être accordé)

*En cas de décision rétroactive d'attribution d'ARE, nous fournir le document dès réception.*

5) Votre formation est-elle financée :

Par votre employeur (ex : CPF) ou par un autre organisme HORS CONSEIL REGIONAL\* ?     Oui     Non

- Si oui, Précisez l'organisme qui prend en charge la formation : \_\_\_\_\_

6) Si vous suivez une formation incomplète, **paiement au prorata (minimim 8 semaines) précisez les dates :**

Date de rentrée : \_\_\_\_\_ Date de fin : \_\_\_\_\_

Nombres de semaines de cours et stages pratiques : \_\_\_\_\_

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements demandés.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ Signature