

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

Dieppe, le 07 Juillet 2026

A l'attention des candidats de la
Sélection F.P.C. 2026
Sélection F.P.C report

Nos Réf. : DB/SEC/2026/455

Objet : Rentrée Septembre 2026 – Promotion Sept. 2026 / Juillet 2029 (1^{ère} année)

Madame, Monsieur,

Suite à votre confirmation d'inscription au sein de notre institut de formation, pour la rentrée 2026, nous vous souhaitons la bienvenue.

Nous vous informons que la rentrée aura lieu le :

Lundi 31 Août 2026 à 14h00

Afin de procéder à votre inscription définitive, je vous remercie de bien vouloir adresser au secrétariat **avant le Vendredi 31 Juillet 2026 dernier délai** les documents suivants :

- La liste des pièces administratives à cocher et nous retourner,
- La fiche de renseignements,
- Pour les candidats financés par un employeur, la fiche de renseignements de la prise en charge financement,
- Le coupon-réponse concernant l'utilisation de l'adresse E-mail,
- Le coupon-réponse autorisant ou n'autorisant pas les données personnelles à la Région Normandie,
- Les droits de scolarité sont à régler auprès de l'Université → [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/> (NB. les étudiants en formation professionnelle sont exonérés)
- La copie recto-verso en couleur de la carte nationale d'identité ou de la carte de séjour valide,
- Le document de « Financement de la formation – déclaration de situation », ainsi que le justificatif de votre situation,
- 2 photos d'identité (avec inscription du nom et prénom au dos) dont une est à coller sur la fiche de renseignements.
- La fiche de rémunération des stages
- 1 relevé d'identité bancaire (au nom de l'étudiant),
- Attestation sur l'honneur concernant le permis, carte grise et assurance de votre véhicule
- La copie de l'attestation de sécurité sociale et la copie de la carte vitale de l'étudiant,

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

- Votre attestation d'assurance responsabilité civile 2026/2027,
- La copie du baccalauréat, ou de tout diplôme supérieur au baccalauréat.

CONSTITUTION DE VOTRE DOSSIER MEDICAL :

- 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](#)

Article 2 : « Les élèves ou étudiants mentionnés à l'article 1^{er} 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 ».

Afin d'approvisionner votre carte de self pensez à vous munir de votre carte bancaire le jour de la rentrée.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Delphine BURON
Directrice par intérim
de l'IFSI/IFAS

La Directrice de l'IFSI par intérim

Delphine BURON

**INSTITUT DE FORMATION
EN SOINS INFIRMIERS
ET D'AIDES-SOIGNANTS**
GHT Caux Maritime
Centre Hospitalier de Dieppe
CS 20219 Avenue Pasteur
76202 DIEPPE CEDEX

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

Liste des pièces administratives à fournir

<u>Partie à cocher par le candidat</u>	Liste des pièces	Partie réservé à l'IFSI
☐	La fiche d'inscription renseignée (document ci-joint)	☐
☐	Pour les candidats financés par un employeur, la fiche de renseignements de la prise en charge financement	☐
☐	Le coupon-réponse concernant l'utilisation de l'adresse E-mail	☐
☐	Le coupon-réponse autorisant ou n'autorisant pas les données personnelles à la Région Normandie	☐
☐	Le formulaire « Apprenant en situation de Handicap »	☐
☐	Le justificatif de paiement des droits de scolarité à l'Université Lien pour le paiement	☐
☐	Attestation CVEC A NOTER : LES ETUDIANTS EN FORMATION PROFESSIONNELLE SONT EXONÉRÉS DU PAIEMENT	☐
☐	La copie recto-verso <u>en couleur</u> de la carte nationale d'identité ou de la carte de séjour valide	☐
☐	Le document « Financement de la formation – Déclaration de situation » dûment complété (document ci-joint)	☐
☐	Les pièces justificatives de votre situation à la date de confirmation d'inscription	☐
☐	2 photographies d'identité (avec inscription du nom et prénom au dos)	☐
☐	La fiche rémunération des stages	☐
☐	1 relevé d'identité bancaire (au nom de l'étudiant)	☐
☐	Attestation sur l'honneur concernant le permis, la carte grise et l'assurance de votre véhicule	☐
☐	La copie de l'attestation CPAM (à télécharger sur le site Améli) et la copie de la carte vitale de l'étudiant	☐
☐	Votre attestation d'assurance responsabilité civile	☐
☐	La copie du baccalauréat et tout diplôme validé supérieur au baccalauréat	☐
☐	L'attestation de vaccinations	☐
☐	Attestation d'honorabilité à télécharger sur le site du Service public	☐

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

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.

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^{er} 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 GÉNÉRALES :

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.

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

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](#)

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 et 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 sont 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 effectués. Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant au secrétariat de l'institut : ifsi@ch-dieppe.fr



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 »



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

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



FICHE DE RENSEIGNEMENTS - ADMISSION SELECTION PAR VOIE DE LA FPC*

*Formation Professionnelle Continue

Dans le cadre de la procédure d'admission en IFSI relevant de la sélection FPC nous vous remercions de bien vouloir compléter les renseignements ci-dessous, pour les candidats admis et nous adresser l'attestation de prise en charge financière.

ADMINISTRATIF

1) CANDIDAT(E)

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Date de naissance :

Adresse Postale :

Adresse mail :

N° portable :

____ / ____ / ____

____ / ____ / ____ / ____ / ____

____ / ____ / ____ / ____ / ____

2) EMPLOYEUR

Raison sociale :

Adresse Postale :

Adresse mail :

Tél :

____ / ____ / ____ / ____ / ____

FACTURATION

Raison sociale et Adresse

Personne contact :

Adresse mail :

N° portable :

____ / ____ / ____ / ____ / ____

ASSIDUITÉ

Personne contact :

Adresse mail :

Tél :

____ / ____ / ____ / ____ / ____

1 pièce justificative au verso

3) PIECE JUSTIFICATIVE A JOINDRE

☐ Une attestation de prise en charge financière de la formation infirmière.

Prise en charge de la rémunération, par l'employeur : ☐ oui ☐ non

Prise en charge des frais de déplacements, par l'employeur : ☐ oui ☐ non

Fait à _____

Le ____ / ____ / ____

Signature et cachet de l'employeur :



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 »)

**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.



✂ _____
(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)

FINANCEMENT DE LA FORMATION
(HORS AIDE-SOIGNANT, AMBULANCIER ET ACCOMPAGNANT EDUCATIF ET SOCIAL)
DECLARATION DE SITUATION
à retourner à l'institut

NOM :

PRENOM :

Le financement de votre formation par la Région Normandie est déterminé conformément aux règles de financement des parcours de formation sanitaire et social. Merci d'indiquer sur cette fiche quelle sera votre situation **la veille de l'entrée en formation**.

SITUATIONS ELIGIBLES AU FINANCEMENT REGIONAL
☐ Demandeur d'emploi <u>Justificatifs à fournir :</u> attestation d'inscription à France Travail en cours de validité (disponible à partir de votre espace personnel sur le site francetravail.fr).
☐ Contrat à Durée Déterminée (CDD droit public ou droit privé) ☐ Contrat intérimaire ☐ Contrat à Durée Indéterminée (CDI) d'une durée inférieure ou égale à 24h hebdomadaires ou 104h mensuelles ☐ Contrat de Sécurisation professionnelle (CSP) ☐ Contrat avec un particulier employeur (assistante maternelle ou aide ménager par exemple) ☐ Service Civique ☐ Inscrit dans le cadre du « Dispositif Démissionnaire » de Transition Pro <u>Justificatifs à fournir :</u> - Contrat de travail en cours ou CSP ; - Salarié concerné par le « dispositif démissionnaire » de Transitions Pro : justificatif de dépôt de dossier sur la plateforme Transitions Pro.
☐ En poursuite de scolarité Année d'obtention du baccalauréat (si concerné) : <u>Justificatifs à fournir :</u> - Lycéen : certificat de scolarité de l'année en cours ; - Personne titulaire d'un baccalauréat depuis moins de 4 ans : copie du diplôme du baccalauréat ; - Personne n'ayant pas interrompu sa scolarité pendant plus d'une année : tous les certificats de scolarité depuis le lycée.



Votre formation
est financée par
la Région
Normandie.

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.



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



ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) (Nom/Prénom), étudiant(e) infirmier(e) de 1^{ère} 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 »)



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