



GROUPEMENT HOSPITALIER
CAUX MARITIME

DIEPPE | SAINT-VALÉRY-EN-CAUX | EU
LE TRÉPORT | LUNERAY | 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 AOÛT 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 → se rendre sur le site : <https://inscportal.univ-rouen.fr/>
(Procéder à votre inscription universitaire en amont)
- 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](https://www.service-public.gouv.fr/particuliers/vosdroits/R75685)
<https://www.service-public.gouv.fr/particuliers/vosdroits/R75685>

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.

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 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 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



**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)



DOSSIER ADMINISTRATIF RENTÉE IFSI 2026



Collez votre
photo

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

ETAT CIVIL DE L'APPRENANT(E)

NOM DE NAISSANCE : _____ PRENOM : _____

NOM D'USAGE : _____ AUTRES PRENOMS : _____

Date de naissance : [][][][][][][][] Lieu : _____ Département : _____

Nationalité : _____

N° Sécurité Sociale : [][][][][][][][][][][][][][][][][][]

Adresse de l'apprenant(e) (ou adresse des parents) : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Adresse pendant la formation : _____

Code postal : _____ Commune : _____

☎ Portable : _____ E-Mail : _____

SITUATION FAMILIALE

☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Concubin ☐ Veuf (ve) ☐ PACS

Nombre d'enfant(s) et leur année de naissance : _____

Profession actuelle des parents : Père _____ Mère _____

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM : _____ PRENOM : _____

Lien de parenté avec la personne à prévenir : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____



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



**GROUPEMENT HOSPITALIER
CAUX MARITIME**
DIEPPE | SAINT-VALÉRY-EN-CAXX | EU
LE TRÉPORT | LAMERAY | SAINT-CRÉSPIN | ENVERMEU

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



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.

Delphine BURON
Directrice de l'IFSI/IFAS par intérim
Adjointe à la Directrice
Régionale Handicap
IFSI - IFAS
INSTITUT DE FORMATION
EN SOINS INFIRMIERS
ET D'AIDES-SOIGNANTS
Centre Hospitalier de Dieppe
CS20219 - Avenue Pasteur
76202 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)

IFSI/IFAS - Avenue Pasteur - CS 20219 - 76202 DIEPPE Cedex
☎ : 02.32.14.75.23 - 📠 : 02.32.14.74.83 - Mail : ifsi@ch-dieppe.fr



GROUPEMENT HOSPITALIER
CAUX MARITIME

DIEPPE | SAINT-VALÉRY-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**

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-VALÉRY-EN-CAUX | EU
LE TRÉPORT | LOMERAY | SAINT-CRESPIN | ENVERMEU

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



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 »)



GROUPEMENT HOSPITALIER
CAUX MARITIME
DIEPPE | SAINT-VALÉRY-EN-CAUX | EU
LE TRÉPORT | LUMERAY | SAINT-CRÉSPIN | ENVERMEU

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



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 ⁽¹⁾ pendant la durée de votre formation.

VOUS ETES	QUI FINANCE VOTRE FORMATION ⁽²⁾
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 ⁽³⁾
Salarié en CDD (droit privé ou public) ou Salarié en CDI inférieur ou égal à 24h / semaine	Ou OPCO ⁽⁴⁾ (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 ⁽⁵⁾
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.

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

Justificatifs à fournir : 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

Justificatifs à fournir :

- 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) :

Justificatifs à fournir :

- 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.



GROUPEMENT HOSPITALIER
CAUX MARITIME
DIEPPE | SAINT-VALÉRY-EN-CAUX | EU
LE TRÉPORT | LUMÉRY | SAINT-CRESPIN | ENVERMEU

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



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)



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



BOURSES POUR LES ETUDIANTS DES FORMATIONS SANITAIRES ET SOCIALES

RENTREE DE SEPTEMBRE 2026



PUBLIC CONCERNE PAR L'ATTRIBUTION D'UNE BOURSE

Vous avez été admis dans un institut de formation sanitaire ou sociale, après avoir confirmé votre entrée en formation, la Région peut vous attribuer une bourse d'étude, sous certaines conditions. Néanmoins, si vous êtes dans l'une des situations suivantes, vous n'êtes pas éligible à l'octroi de cette aide :

- Les bourses de l'enseignement secondaire ou d'un autre département ministériel,
- Toute rémunération versée : aux fonctionnaires stagiaires, titulaires ou contractuels de la fonction publique, (traitement, salaires, indemnisation au titre du congé de formation professionnelle, ...),
- Aux salariés, sauf pour les personnes sous contrats de travail assimilés jobs étudiants ou précaires (CDD <15H/semaine, intérim),
- Aux personnes sous contrat d'apprentissage ou contrat de professionnalisation,
- La rémunération des stagiaires de la formation professionnelle versée par la Région Normandie,
- Les allocations de retour à l'emploi versées par France Travail ou par leur employeur, sauf pour les parents isolés.

Attention : en cas de cumul de l'aide régionale avec l'une de ces aides, un ordre de reversement sera émis à l'encontre du bénéficiaire.

PROCEDURE DE DEMANDE DE BOURSE

- Connexion impérative **avant le 15/10/2026** à l'adresse suivante : <https://messervices.etudiant.gouv.fr>, cliquer sur la tuile « D.S.E »

Attention : Une adresse mail valide est nécessaire pour la constitution de votre dossier, ainsi qu'un INES (numéro Identifiant National Etudiant), le même INES doit être utilisé tout au long du cursus.

- **Pour transmettre vos documents ainsi que la fiche de renseignements spécifiques Région obligatoire** complétée et signée (disponible sur le site Internet du CROUS Normandie - Rubrique Bourses et aides financières – Guide et documents téléchargeables) :



Aller sur <https://messervices.etudiant.gouv.fr>, cliquez sur « D.S.E 2026-2027 », « Mes dossiers », « Autres options du dossier », « gérer les pièces justificatives »

Attention : le dossier sera considéré comme incomplet et donc rejeté si la fiche de renseignements spécifiques n'est pas jointe au dossier.

- Réception d'une **notification du CROUS par courrier électronique** (notification d'attribution conditionnelle, de demande de pièce complémentaire ou de refus).
- En cas de demande de pièces complémentaires : les renvoyer **dans un délai de 10 jours** :

Sur <https://messervices.etudiant.gouv.fr>, depuis sur « D.S.E 2026-2027 », « Mes dossiers », « Autres options du dossier », « gérer les pièces justificatives »

Présentation de la notification à l'institut de formation avant le 15/12/2026. Dans le cas où la notification d'attribution conditionnelle n'est pas transmise dans ces délais, le versement de la bourse s'effectuera sans rétroactivité. Le paiement aura lieu à partir du mois suivant la transmission de la notification conditionnelle à l'établissement.

Attention : le renouvellement de la bourse d'études n'est pas automatique. Il doit faire l'objet d'une nouvelle saisie chaque année selon le calendrier ci-dessus.

Pour plus d'informations, consultez le site <https://www.crous-normandie.fr/bourses-et-aides-financieres/les-bourses-detudes-regionales-pour-les-apprenants-des-formations-sanitaires-et-sociales/>



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

☐ Rentrée janvier 2026	Date limite création DSE 28/02	Présentation à l'Etablissement	avant le 15/04/26
☐ Rentrée février 2026	Date limite création DSE 31/03	Présentation notification à l'Etabl	avant le 15/05/26
☐ Rentrée septembre 2026	Date limite création DSE 15/10	Présentation notification à l'Etabl	avant le 15/12/26
☐ Rentrée octobre 2026	Date limite création DSE 30/11	Présentation notification à l'Etabl	avant le 15/01/27
☐ Rentrée novembre 2026	Date limite création DSE 31/12	Présentation notification à l'Etabl	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 _____