



Région  
Hauts-de-France

# INSTITUT DE FORMATION aux Métiers de la Santé de Flandre Intérieure



Armentières, le 30 mai 2024

Centre Hospitalier  
d'Armentières  
www.ch-armentieres.fr

Objet: Rentrée année scolaire -2024/2025 étudiant en 1<sup>ère</sup> année

Madame, Monsieur,

J'ai le plaisir de vous informer qu'une rentrée de la formation infirmière aura lieu le :

Lundi 2 septembre 2024

À 09h30 à l'institut

Dossier accompagné des pièces suivantes à retourner dans son intégralité

Pour les dates de retour de dossier se référer à parcourusup

**Tout dossier incomplet ne sera pas accepté et entrainera l'invalidité de l'inscription**

- Fiche de renseignements ci jointe complétée
- Copie de la pièce d'identité recto/verso ou du titre de séjour
- La photocopie de votre permis de conduire
- Copie des diplômes obtenus (pour les bacheliers de 2024, relevé de notes)
- Autorisation de reportage ci jointe complétée et signée
- Une attestation de responsabilité civile et risques professionnels valable du 1 septembre 2024 au 30 août 2025 (la MACSF est gratuite pendant les 3 années) <https://www.espacemembre.macsf.fr>
- Une attestation de paiement à la CVEC de **103 €**. Cette attestation est à télécharger sur le site : <http://CVEC.etudiant.gouv.fr> (remboursée pour les boursiers)
- Un chèque d'un montant de **175 €** correspondant au frais d'inscription (libellé à l'ordre du Trésor public)
- Certificat de non contre-indication à travailler dans un service soumis au rayonnement ionisant ci-joint à faire compléter par votre médecin traitant.
- Attestation médicale de vaccinations ci jointe à faire compléter par votre médecin traitant.
- Certificat médical d'aptitude ci-joint à faire compléter par un médecin agréé <https://www.nord.gouv.fr/Politiques-publiques/Sante/Medecins-agrees-pour-la-fonction-publique-du-Nord>

## PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP

Si vous présentez une situation de Handicap, merci de bien vouloir vous manifester auprès de l'institut, vous pouvez contacter Mme VAN LANDUYT Christelle, référente handicap par mail à l'adresse :

[c.vanlanduyt@ch-arentieres.fr](mailto:c.vanlanduyt@ch-arentieres.fr)

Merci de lui indiquer la nature du handicap, si vous bénéficier d'un aménagement d'épreuve et le type d'aménagement. Un justificatif MDPH vous sera demandé.

Pour les personnes souhaitant un tiers temps pour les évaluations, penser à faire votre dossier à la MDPH en amont

Les demandes de bourse se feront à partir du mois de mai sur le site suivant : <https://aidesindividuelles.hautedefrance.fr>

## DISPENSE DE FORMATION

Si au regard de votre formation antérieure vous souhaitez bénéficier d'une dispense de formation merci de bien vouloir vous référer à l'article 7 et 8 de l'Arrêté du 13 décembre 2018 modifiant l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier (cf ci-dessous) :

**Arrêté du 13 décembre 2018 modifiant l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier**

« **Art. 7.**-Les personnes admises en formation peuvent faire l'objet de dispenses d'unités d'enseignements ou de semestres par le directeur d'établissement, après décision de la section compétente pour le traitement pédagogique des situations individuelles des étudiants, au regard de leur formation antérieure validée, des certifications, titres et diplômes obtenus et de leur parcours professionnel.

« **Art. 8.**-Les candidats visés à l'article 7 déposent auprès de l'établissement d'inscription leur demande de dispense sur la base des documents suivants :

- 1° La copie d'une pièce d'identité ;
- 2° Le (s) diplôme(s) originaux détenu (s) ;
- 3° Le cas échéant, une attestation de validation d'ECTS de moins de 3 ans ;
- 4° Le cas échéant, le(s) certificat(s) du ou des employeurs attestant de l'exercice professionnel de l'intéressé dans une des professions identifiées au 2° de l'article 7 ;
- 5° Un curriculum vitae ;
- 6° Une lettre de motivation ;
- 7° Une attestation de niveau de langue B2 française pour les candidats étrangers.

Dans l'attente de vous accueillir, je vous prie de croire, Madame, Monsieur, en l'expression de ma considération.

**G. GOURDIN,**

Directeur IFSI

Coordonnateur général d'Instituts.

## Fiche de renseignements

### Etat Civil :

Nom : .....

Prénom : .....

Nom d'Usage : .....

Sexe :  F  M

Nationalité : .....

Date de naissance : |\_|\_|\_|\_|\_|\_| Lieu : ..... Dépt : |\_|\_|

Titulaire du permis de conduire : OUI NON En cours

Etat civil :  Célibataire  Marié(e)

#### Si marié(e) :

Nom du conjoint : .....

Prénom du conjoint : .....

Date de naissance du conjoint : .....

Date de mariage : .....

### Coordonnées personnelles

Adresse : N° : ..... Rue : .....

Suite : .....

CP : |\_|\_|\_|\_|\_|\_| Ville : .....

☎ : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Portable : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Email : .....

Personne à prévenir en cas d'urgence : .....

☎ : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Portable : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Lien de parenté .....

### Couverture sociale

N° de Sécurité Sociale de l'étudiant : |\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_| |\_|\_|\_| |\_|\_|

### Questionnaire financement :

Avez-vous arrêté vos études, il y a moins d'un an ?  OUI  NON

Nom du dernier établissement fréquenté : .....

Année de fréquentation de cet établissement : .....

Êtes-vous inscrit à Pole Emploi ?  OUI  NON

Si oui, êtes-vous indemnisés par Pole Emploi ?  OUI  NON

Avez-vous démissionné d'un CDI ?  OUI  NON

Numéro Pole Emploi : ..... (joindre justificatif pôle emploi)

Effectuez-vous votre formation au titre de la formation professionnelle via votre employeur ?

OUI  NON

Nom de l'établissement employeur : .....

Personne de contact .....

Adresse employeur : .....

Effectuez-vous votre formation au titre de la formation professionnelle via un organisme financeur ?

OUI  NON

Nom de l'organisme financeur : .....

Merci de joindre un **RIB au nom de l'étudiant.**

Je m'engage à signaler auprès du secrétariat de l'Institut tout changement dans les informations renseignées ci-dessus ainsi que dans mes coordonnées bancaires.

Fait à ....., le .....

Signature :



Institut de Formation aux métiers  
de la santé de Flandre Intérieure

## AUTORISATION DE REPORTAGE et d'utilisation de l'image des étudiants de l'IFSI

Je soussigné(e),

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Accepte la prise et la publication de photos, sons et vidéos, sur tous supports papier ou numérique, connus ou inconnus, de communication du CH ARMENTIERES et de l'IFSI (outils de formation, de communication interne ou grand public, ou sur un évènement à l'IFSI et de tout autre besoin de communication institutionnelle du CHA pour une durée d'utilisation de 5 ans à compter de ce jour.

Date : \_\_\_\_\_

L'intéressé(e) ou son représentant légal si mineur  
(Signature complétée de la mention « Lu et approuvé »)





Institut de Formation aux métiers  
de la santé de Flandre Intérieure

## INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

96 rue Jules Lebleu  
59280 ARMENTIERES  
03 20 48 12 70

[ifsi@ch-armentieres.fr](mailto:ifsi@ch-armentieres.fr)  
[www.ifsi-armentieres.fr](http://www.ifsi-armentieres.fr)

# CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE MEDECIN AGRÉE

Je, soussigné(e) Docteur \_\_\_\_\_  
médecin agréé ARS du département de \_\_\_\_\_  
atteste que \_\_\_\_\_  
ne présente pas de contre-indication physique ou psychologique à l'exercice de la  
profession d'Infirmier(e).

Fait à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

**Signature et cachet :**



Institut de Formation aux métiers  
de la santé de Flandre Intérieure

## INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

96 rue Jules Lebleu  
59280 ARMENTIERES  
03 20 48 12 70

[ifsi@ch-armentieres.fr](mailto:ifsi@ch-armentieres.fr)  
[www.ifsi-armentieres.fr](http://www.ifsi-armentieres.fr)

# Certificat de non contre-indication à travailler dans un service soumis au rayonnement ionisant (Médecin traitant)

Je, soussigné(e) Docteur \_\_\_\_\_

atteste que \_\_\_\_\_

ne présente pas de contre-indication à travailler dans un service soumis au  
rayonnement ionisant.

Fait à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

**Signature et cachet :**

# ATTESTATION MÉDICALE DE VACCINATION

Article 44 de l'arrêté du 21 avril 2007 modifié relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux : « L'admission définitive dans un institut de formation préparant à l'un des diplômes visés à l'article 1<sup>er</sup> du présent arrêté est subordonnée :

- à la production, au plus tard le premier jour de la rentrée, d'un certificat établi par un médecin agréé attestant que l'étudiant ne présente pas de contre-indication physique ou psychologique à l'exercice de la profession ;
- à la production, au plus tard le jour de la première entrée en stage, d'un certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France.

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. »

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ Docteur en médecine, certifié  
que (nom de naissance, nom d'usage, prénom) \_\_\_\_\_  
né(e) le : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## DIPHTÉRIE – TÉTANOS – POLIOMYÉLITE (obligatoire)

	Spécialité	N° de lot	Dose	Date dernières injections
Diphtérie Tétanos Poliomyélite				

## HEPATITE (obligatoire)

	Spécialité	N° de lot	Dose	Date injection
Hépatite B				

En cas d'absence de vaccination, faire pratiquer la vaccination accélérée (J0 – J7 – J21)

**Rappel :** En cas de vaccination non à jour ou d'absence de preuve d'immunisation, le départ en stage de l'étudiant sera différé.

### Dosage anticorps anti-HBs :

Date : \_\_\_\_\_ Résultat : \_\_\_\_\_ UI/L

### Dosage anticorps anti-HBc :

Date : \_\_\_\_\_ Résultat : \_\_\_\_\_ UI/L

**MERCI DE BIEN  
RENSEIGNER LES DEUX  
DOSAGES CI-CONTRE**

### Non répondeur à la vaccination

Oui                  Non

### BCG (recommandé)

Vaccin intradermique ou Monovax®	Date (dernier vaccin)	N° lot
IDR à la tuberculine	date	Résultat (en mm)

Fait à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

**Signature et cachet :**