

② - **LE PLUS RAPIDEMENT POSSIBLE ET AVANT LE 19 JUILLET DERNIER DELAI**

Documents à fournir en recommandé / accusé de réception ou directement à l'IFPS de Vannes (quelle que soit la voie d'accès : Parcoursup ou Formation Professionnelle Continue – AS/AP)	Cadre réservé à l'IFPS
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pour les élèves en classe de Terminale en 2018-2019 : une copie du Baccalauréat ou un relevé de notes du baccalauréat <input type="checkbox"/> Un RIB au nom de l'étudiant (Relevé d'Identité Bancaire) <input type="checkbox"/> Une copie de votre attestation d'assurance responsabilité civile (assurance habitation). Une Assurance responsabilité civile professionnelle et protection juridique (Obligatoire et gratuit) vous sera demandée le jour de la pré-rentrée : Vous disposerez le jour de la pré-rentrée des informations concernant l'offre de la MACSF pour les étudiants de notre IFPS. Vous pouvez choisir un autre prestataire et nous fournir l'attestation le jour de la pré-rentrée. <input type="checkbox"/> Un certificat médical d'aptitudes émanant d'un médecin agréé (cf liste des médecins agréés de votre département sur le site de l'ARS) mentionnant que l'étudiant ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession (document joint, dûment complété par le médecin agréé). <input type="checkbox"/> Une attestation médicale d'immunisation et de vaccination (document joint, dûment complété par votre médecin traitant). Attention, le processus vaccinal Hépatite B est long. Vous devez débiter le schéma vaccinal dès votre accord définitif d'entrée en Formation infirmière. <input type="checkbox"/> L'attestation d'acquiescement de la Contribution de Vie Etudiante et de Campus (CVEC), année universitaire 2019-2020 (Vous trouverez cette attestation sur le site Cvec.etudiant.gouv.fr). La CVEC est mise en œuvre par le Centre Régional des Œuvres Universitaires et Scolaires (CROUS) pour tous les étudiants de l'enseignement supérieur. Elle est d'un montant de 91 euros. Les étudiants issus de la Formation Professionnelle (CIF, CHBA ...) sont exemptés de la CVEC. Les étudiants boursiers pourront se faire rembourser. <input type="checkbox"/> Un chèque d'un montant de 11 euros libellé à l'ordre du Trésorier Principal de Vannes pour le financement du portfolio (support indispensable de l'étudiant infirmier pendant les 3 années d'études) libellé à l'ordre du Trésor Public. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

IMPORTANT

L'admission définitive à l'IFSI est subordonnée à la production de l'ensemble des pièces mentionnées.

Je soussigné Certifie avoir pris connaissance des pièces constitutives du dossier d'inscription et m'engage à les fournir dans le respect des délais indiqués.

Date

Signature



DOSSIER PEDAGO-ADMINISTRATIF FORMATION INFIRMIERE

IFPS

Rentrée 2019

1 - IDENTIFICATION DE L'ELEVE

NOM : (de naissance pour les femmes mariées)

NOM D'EPOUSE :

PRENOM : AUTRES PRENOMS :

DATE DE NAISSANCE : LIEU DE NAISSANCE : DEPARTEMENT :

Age : Sexe : F M N° Sécurité Sociale : clé Service national : oui non année libération :

2 – SITUATION FAMILIALE

Célibataire Marié(e) Concubin(ne) Divorcé(e) Séparé(e) Veuve (veuf)

Si marié (e) : Nom et prénom du conjoint

DATE DE NAISSANCE : PROFESSION :

Nombre d'enfants et âge :

3 - ADRESSE

Actuelle : Code postal : Ville :

N° Téléphone fixe : N° Téléphone portable :

Adresse e-mail :

Pendant la formation (si non connue à ce jour, indiquez la ville) :

4 – PERSONNE A JOINDRE EN CAS D'URGENCE - OBLIGATOIRE

J'autorise Mme LORRE, Directrice de l'IFPS de Vannes Tohannic, à prendre contact avec la personne citée ci-dessous en cas d'urgences ou bien situations exceptionnelles (absences prolongées non expliquées etc.)

NOM : PRENOM :

Adresse : VILLE : CP :

Téléphone domicile ou portable : Téléphone travail :

Lien de parenté (éventuel) :

Autre personne : NOM PRENOM

Téléphone domicile et portable :

5 – DIVERS

Formation / études

Dernière classe suivie	Nom de l'Etablissement	Ville	Département	Année	Diplôme obtenu

N°INE :(se trouve sur vos bulletins scolaire du lycée ou relevé de note de vos résultats du BAC)

Autres formations :

Avez-vous suivi une préparation au concours infirmier ?

Oui Non

Si oui, Quel organisme : Ville : Durée :

Etes-vous sortie du milieu scolaire depuis plus d'un an :

Oui Non

Quel est votre statut actuellement

- Etudiant/ élève sans autre statut
- Apprenti
- Salarié du privé ou Congé Individuel de Formation (CIF)
- Agent de la fonction publique (contractuel ou titulaire) ou congé de formation professionnelle
- Demandeur d'emploi ayant quitté le système scolaire depuis moins d'un an
- Autres demandeur d'emploi
- Sportif de haut niveau

Pôle emploi :

Oui Date d'inscription à Pôle Emploi :

Numéro d'inscription à Pôle Emploi :

Non

Exercez-vous une profession en ce moment ?

Oui Adresse de l'employeur :

Fonction exercée :

en CDD

en CDI

Non

Si CDI en contrat privé ou fonctionnaire de la fonction publique : Quel est le mode de prise en charge?

- Prise en charge Région Bretagne
- Prise en charge par l'employeur (ANFH – FONGECIF – CIF – UNIFAF)
- Prise en charge de l'employeur uniquement

Nom et adresse de l'employeur

.....

.....

Professions de vos parents (ou tuteur)

<u>Père</u>	<u>Mère</u>	<u>Tuteur</u>
Agriculteur	Agriculteur	Agriculteur
Artisan, commerçant et chef d'entreprise	Artisan, commerçant et chef d'entreprise	Artisan, commerçant et chef d'entreprise
Cadre administratif et commercial	Cadre administratif et commercial	Cadre administratif et commercial
Cadre fonction publique	Cadre fonction publique	Cadre fonction publique
Chômeur n'ayant jamais travaillé	Chômeur n'ayant jamais travaillé	Chômeur n'ayant jamais travaillé
Clergé – Religieux	Clergé – Religieux	Clergé – Religieux
Contremaître – agent de maîtrise	Contremaître – agent de maîtrise	Contremaître – agent de maîtrise
Employé administratif ou civil, agent de service	Employé administratif ou civil, agent de service	Employé administratif ou civil, agent de service
Employé de commerce	Employé de commerce	Employé de commerce
Ingénieur	Ingénieur	Ingénieur
Non renseigné (inconnu)	Non renseigné (inconnu)	Non renseigné (inconnu)
Ouvrier agricole	Ouvrier agricole	Ouvrier agricole
Ouvrier non qualifié	Ouvrier non qualifié	Ouvrier non qualifié
Ouvrier qualifié	Ouvrier qualifié	Ouvrier qualifié
Personne service direct aux particulier	Personne service direct aux particulier	Personne service direct aux particuliers
Personne sans activité professionnelle	Personne sans activité professionnelle	Personne sans activité professionnelle
Policiers et militaires	Policiers et militaires	Policiers et militaires
Professeurs des écoles et assimilés	Professeurs des écoles et assimilés	Professeurs des écoles et assimilés
Professions libérales	Professions libérales	Professions libérales
Retraité	Retraité	Retraité
Technicien	Technicien	Technicien
Autres :	Autres :	Autres :

(mettre une croix dans la case correspondante)

6 – STAGES

NOM de naissance : **PRENOM** :

NOM d'épouse :

AGE :

Domiciliation pendant la formation (ville) :

Situation familiale :

Célibataire Marié(e) Concubin(ne) Divorcé(e) Séparé(e) Veuve (veuf)

Nombre d'enfants et âge :

• **Avez-vous le permis de conduire ?** : Oui Non

Si non, quand envisagez-vous le passer :

• **Disposez-vous d'une voiture ?** : Oui Non

• **Expériences dans le milieu sanitaire et social** :

Activités professionnelles		Stages effectués	
Employeur	Service	Employeur	Service

Si l'un des membres de votre famille travaille dans le domaine de la santé dans le département du Morbihan, veuillez préciser :

NOM - PRENOM	ETABLISSEMENT OU UNITE DE SOINS	LIEN DE PARENTE

IMPORTANT

L'admission définitive à l'IFSI est subordonnée à la production de l'ensemble des pièces mentionnées.

Date

Signature

⇒ **Information sur les bourses régionales** (dès début juillet sur le site de la Région Bretagne)

⇒ **L'association des étudiants, ADESIF**, vous propose un achat groupé de vos livres avec une remise exceptionnelle.

Vous aurez plus d'informations lors de la présentation par l'association. Si vous souhaitez d'ores et déjà avoir plus de renseignements, vous pouvez contacter ADESIF par mail : adesif@hotmail.fr ou sur la page facebook ADESIF IFSI Vannes. La liste des ouvrages obligatoires et conseillée vous sera transmise.

⇒ **EQUIPEMENT**

Vous devez vous procurer :

- 1 paire de chaussures réglementaires : fermées, de couleur blanche, semelle anti-bruit, lavable
- Une paire de ciseaux mousse droit – 14cm
- Une pince Kocher – 14 cm sans griffe
- Une montre àagrafer avec trotteuse facilement nettoyable
- Une blouse blanche avec manches courtes pour les activités pédagogiques en laboratoire de simulation.

Lors de la pré-rentrée, vous pourrez :

⇒ Essayer vos tenues de stages (tuniques et pantalons), dotation du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique et Etablissement Public de Santé Mentale – Morbihan.

Certificat médical d'aptitude

(à faire compléter **par un médecin agréé*** par l'Agence Régionale de Santé

Selon l'article 13 de l'arrêté du 22 octobre 2005 modifié)

Je soussigné Dr

certifie que Mme / M.

né(e) le

→ ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession d'infirmier.

Fait à, le

Tampon :

Signature :

*liste disponible par département :

<https://www.bretagne.ars.sante.fr/les-medecins-agrees-1>

Attestation médicale d'immunisation et de vaccination

OBLIGATOIRE pour réaliser des stages en milieu hospitalier et/ou établissement d'hébergement médico-social

Je, soussigné(e) Dr....., certifie que Mr / Mme

Né(e) le, candidat(e) à la formation infirmière, a été vacciné(e) :

- Contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite :

Dernier rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N° lot

- Contre la fièvre typhoïde depuis moins de 3 ans (*pour les élèves, étudiants ou professionnels de santé ayant un stage ou une activité à risque de contamination dans un laboratoire de biologie médicale, i.e. lors de la manipulation d'échantillons biologiques, en particulier de selles, susceptibles de contenir des salmonelles*) :

Nom du vaccin	Date	N° lot

- Contre l'hépatite B, selon les conditions définies au verso, il/elle est considéré(e) comme (*raier les mentions inutiles*) :

- | | | |
|--|-----|-----|
| - Immunisé(e) contre l'hépatite B : | Oui | Non |
| - Non répondeur (se) à la vaccination (après l'administration de 6 doses): | Oui | Non |
| - Nécessite un avis spécialisé | Oui | Non |

- Par le BCG :

Oui Non

Si oui

Nom du vaccin intradermique ou Monovax®	Date du vaccin	N° lot

IDR à la tuberculine	Date	Résultat (en mm)

Etabli le :

Signature et cachet du médecin :

Nota bene : Selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour les professionnels en contact avec des personnes fragiles, il est par ailleurs recommandé d'être immunisé contre la coqueluche, la rougeole, la rubéole, la varicelle et la grippe saisonnière.

POUR INFORMATION

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

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 L.3111-4 du code de la santé publique. Au moment de leur inscription dans un établissement d'enseignement et, au plus tard, avant de commencer leurs stages dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention ou de soins, ils apportent la preuve qu'ils satisfont aux obligations d'immunisation mentionnées à l'Article L.3111-4. A défaut, ils ne peuvent effectuer leurs stages.

ANNEXE 1 Conditions d'immunisation contre l'Hépatite B

I. Les personnes mentionnées aux 1° et 2° de l'Article 1^{er} du présent arrêté sont considérées comme **immunisées contre l'hépatite B si elles produisent une attestation médicale comportant un résultat, même ancien, indiquant la présence, dans le sérum, d'anticorps anti-HBs à une concentration > à 100 UI/l.**

II. Si les personnes susmentionnées ne présentent pas le résultat mentionné au I., il est effectué un dosage des anticorps anti-HBc et des anticorps anti-HBs en vue de la délivrance d'une attestation médicale attestant ou nom de l'immunisation contre l'hépatite B.

II-1. Les anticorps anti-HBc ne sont pas détectables dans le sérum, si sérologie > 10 UI/l = immunisé

II-1.1. La vaccination a été menée à son terme selon le schéma en vigueur dans le calendrier vaccinal :

II-1.1.1. Le taux d'anticorps anti-HBs dans le sérum est \geq à 10 UI/l : la personne est considérée comme définitivement protégée contre l'hépatite B. Il n'y a pas lieu de réaliser de dosage sérologique ultérieur ni d'injection vaccinale supplémentaire.

II-1.1.2. Le taux d'anticorps anti-HBs dans le sérum est < à 10 UI/l, la conduite à tenir est définie dans l'annexe 2.

II-1.2. La vaccination n'a pas été réalisée, est incomplète ou sans preuve documentaire :

1) Si le taux d'anticorps anti-HBs est > à 100 UI/l, les personnes concernées sont considérées comme immunisées contre l'hépatite B sans qu'il y ait lieu de réaliser de dosage sérologique ultérieur ni d'injection vaccinale supplémentaire ;

2) Si le taux d'anticorps anti-HBs est compris entre 10 et 100 UI/l, la vaccination doit être complétée. A l'issue de cette vaccination, les personnes concernées sont considérées comme immunisées contre l'hépatite B sans qu'il y ait lieu de réaliser de dosage sérologique ultérieur ni d'injection vaccinale supplémentaire ;

3) Si le taux d'anticorps anti-HBs est < à 10 UI/l, la vaccination doit être réalisée ou complétée. Un dosage des anticorps anti-HBs est effectué un à deux mois suivant la dernière injection ;

4) Si à l'issue du dosage mentionné au 3), le taux d'anticorps anti-HBs est \geq à 10 UI/l, les personnes concernées sont considérées comme immunisées contre l'hépatite B sans qu'il y ait lieu de réaliser de dosage sérologique ultérieur ni d'injection vaccinale supplémentaire ;

5) Si à l'issue du dosage mentionné au 3), le taux d'anticorps anti-HBs est < à 10 UI/l, la conduite à tenir est définie à l'annexe 2.

II-2. Les anticorps anti-HBc sont détectés dans le sérum. Une détection de l'antigène HBs et une détermination de la charge virale du virus de l'hépatite B sont nécessaires.

II-2.1. Si le taux d'anticorps anti-HBs est compris entre 10 et 100 UI/l, en l'absence simultanée d'antigène HBs et de charge virale détectable, les personnes concernées sont considérées comme immunisées contre l'hépatite B. Il n'y a pas lieu de réaliser de dosage sérologique ultérieur ni d'injection vaccinale supplémentaire.

II-2.2. Si le taux d'anticorps anti-HBs est < à 10 UI/l, en l'absence simultanée d'antigène HBs et de charge virale détectable, un avis spécialisé est demandé pour déterminer si la personne peut être considérée comme immunisée ou non.

II-2.3. Si l'antigène HBs et/ou une charge virale sont détectables dans le sérum, la personne est infectée par le virus de l'hépatite B et sa vaccination n'est pas requise.

ANNEXE 2 Conditions à tenir si une personne présente un taux d'anticorps anti-HBs < à 10 UI/l après avoir reçu un schéma complet de vaccination contre l'hépatite B

1. Une dose additionnelle de vaccin contre le virus de l'hépatite B est injectée. Un dosage des anticorps anti-HBs est effectué à 1 à 2 mois suivant cette injection ;

2. Si, à l'issue du dosage mentionné au 1., le taux d'anticorps anti-HBs est > à 10 UI/l, les personnes concernées sont considérées comme immunisées contre l'hépatite B ;

3. Si, à l'issue du dosage mentionné au 1., le taux d'anticorps anti-HBs est toujours < à 10 UI/l, une dose additionnelle de vaccin contre l'hépatite B est injectée. Un dosage des anticorps anti-HBs est effectué un à deux mois suivant cette injection. Les injections vaccinales pourront être ainsi répétées jusqu'à obtention d'un taux > à 10 UI/l, sans dépasser un total de 6 injections. Un dosage des anticorps anti-HBs est effectué 1 à 2 mois suivant la dernière injection ;

4. Dans le cas où la personne aurait déjà reçu 6 doses ou plus en vertu d'un schéma vaccinal précédemment en vigueur, le médecin du travail ou le médecin traitant détermine s'il y a lieu de prescrire l'injection d'une dose de vaccin supplémentaire. Dans l'affirmative, un dosage des anticorps anti-HBs est effectué 1 à 2 mois suivant cette injection ;

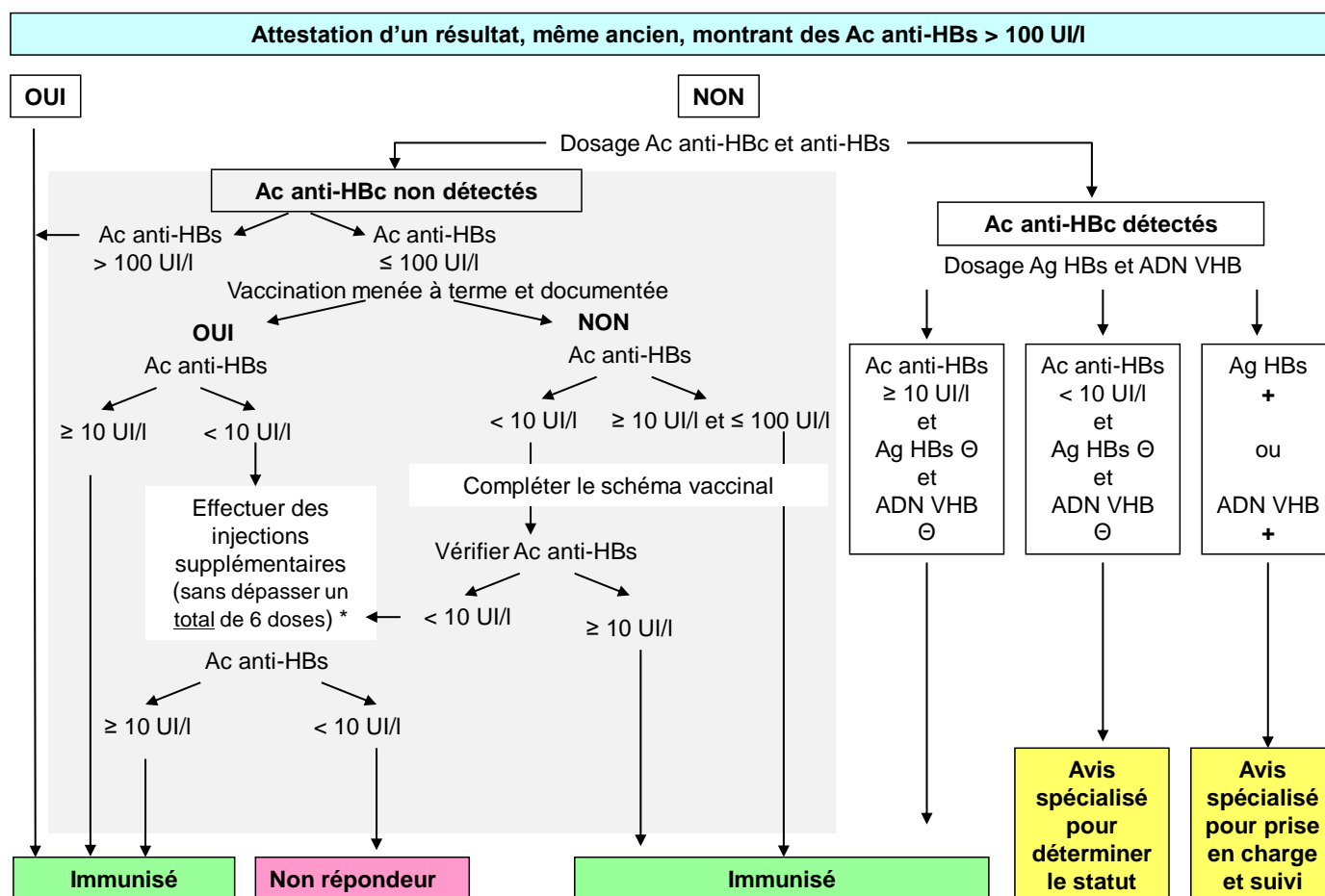
5. Si, à l'issue du dosage mentionné aux 3. et 4., le taux d'anticorps anti-HBs est > à 10 UI/l, les personnes concernées sont considérées comme immunisées contre l'hépatite B sans qu'il y ait lieu de réaliser de dosage sérologique ultérieur ni d'injection vaccinale supplémentaire. A défaut, elles sont considérées comme non répondeuses à la vaccination.

ANNEXE 3 Avis du Haut Conseil de la Santé Publique du 20 février 2014

Vaccination hépatite schéma normal : 3 vaccinations M0, M1, M6.

Vaccination hépatite à titre exceptionnel vaccination accélérée J0, J7-10, J21 et un rappel à M12.

Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 et dont les conditions sont fixées par l'arrêté du 2 août 2013



* Sauf cas particulier voir 4° de l'annexe 2 de l'arrêté

Légende : Ac : anticorps ; Ag : antigène ; VHB : virus de l'hépatite B

Textes de référence

- Articles L.3111-1, L.3111-4 et L.3112-1 du code de la santé publique (CSP).
- Arrêté du 15 mars 1991 fixant la liste des établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins dans lesquels le personnel exposé doit être vacciné, modifié par l'arrêté du 29 mars 2005 (intégration des services d'incendie et de secours).
- Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiques.
- Arrêté du 6 mars 2007 relatif à la liste des élèves et étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des autres professions de santé pris en application de l'article L.3111-4 du CSP.
- Arrêté du 17 avril 2018 modifiant l'arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux (Titre III).
- Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L.3111-4 du CSP.
- Calendrier vaccinal en vigueur (cf. www.vaccination-info-service.fr)