



**Groupe Hospitalier Paul Guiraud - Institut de formation en soins infirmiers**

54, avenue de la République - BP20065 - 94806 VILLEJUIF CEDEX

Tél : 01 42 11 70 62

[karima.aitchirane@gh-paulguiraud.fr](mailto:karima.aitchirane@gh-paulguiraud.fr)

**Karima AÏT-CHIRANE**

Secrétaire étudiants 1<sup>ère</sup> année

Promotion 2024/2027

Tél. : 01 42 11 70 62

Villejuif, le 30 mai 2024

**Objet : Inscription définitive pour l'entrée en formation**

Madame, Monsieur,

Suite à votre admission à la formation préparant au diplôme d'Etat Infirmier via **ParcourSup**, qui débutera le **lundi 02 septembre 2024 à 9h30**, vous devez accomplir l'inscription définitive.

Vous devez renvoyer votre dossier **complet** dans les **délais indiqués** dans le **livret de renseignements ci-joint** à l'adresse suivante :

**IFSI du GH PAUL GUIRAUD**

**Secrétariat étudiants de 1<sup>ère</sup> année - Promotion 2024/2027**

**54, avenue de la République – BP20065**

**94806 VILLEJUIF CEDEX**

Sans réponse de votre part dans ces délais, nous procéderons à votre désinscription de la plateforme ParcourSup et votre place sera proposée à un autre candidat.

**Pour rappel, les documents PDF sont à renommer comme indiqué dans le dossier d'inscription et à adresser par mail à : [karima.aitchirane@gh-paulguiraud.fr](mailto:karima.aitchirane@gh-paulguiraud.fr)**

**Tout dossier incomplet sera renvoyé et non traité. Il vous appartient de le vérifier avant envoi.**

Vous devez absolument anticiper la vaccination pour l'hépatite B pour partir en stage au 7 octobre 2024. Il faut au **minimum 2** injections à 1 mois d'intervalle pour un taux d'anticorps suffisant supérieur ou égal à 100. Il vous appartient d'alerter le médecin sur ce problème (Annexe 2).

En l'absence de vaccination ou d'anticorps suffisants, le stage sera à rattraper à l'été 2025.

Tout changement de situation doit être signalé par mail à l'adresse suivante :

**[karima.aitchirane@gh-paulguiraud.fr](mailto:karima.aitchirane@gh-paulguiraud.fr)**

Je vous prie d'agréer mes sincères salutations.

**Madame Caroline MOALIC**

**Directrice par intérim de**

**IFSI/IFAS GH PAUL GUIRAUD**

**54 Av de la République**

**BP 20065**

**94806 VILLEJUIF CEDEX**

**NB : En cas de désistement, les droits d'inscription ne vous seront pas restitués.**



Groupe Hospitalier Paul Guiraud - Institut de formation en soins infirmiers  
54, avenue de la République - BP20065 - 94806 VILLEJUIF CEDEX  
Tél : 01 42 11 70 62  
[karima.aitchirane@gh-paulguiraud.fr](mailto:karima.aitchirane@gh-paulguiraud.fr)

# LIVRET DE RENSEIGNEMENTS Rentrée septembre 2024

## CANDIDATS PARCOURSUP

## DOSSIER ADMINISTRATIF

**IMPORTANT**

### PHASE PRINCIPALE

- Proposition d'admission sur ParcoursSup acceptée **entre le 30/05/2024 et le 11/07/2024** : Vous avez jusqu'au **11/07/2024 (23h59)\*** pour effectuer votre inscription administrative.

*En cas de désistement après le 11/07/2024 les frais d'inscription ne seront pas remboursés.*

### PHASE COMPLÉMENTAIRE

- Proposition d'admission sur ParcoursSup acceptée **entre le 11/06/2024 et le 12/09/2024** : Vous avez jusqu'au **12/09/2024 (23h59)\*** pour effectuer votre inscription administrative.

*En cas de désistement après le 12/09/2024 les frais d'inscription ne seront pas remboursés.*

**\* Passés ces délais vous serez démissionné de ParcoursSup pour ce vœu et votre place sera proposée à un autre candidat.**

La rentrée scolaire aura lieu le **lundi 2 SEPTEMBRE 2024 à 9h30** (aucune convocation ne sera envoyée).

## MISE A JOUR DES DONNEES ADMINISTRATIVES

Pour des raisons de sécurité et pour faciliter les échanges avec l'équipe pédagogique et administrative, vous devrez impérativement signaler par mail à votre secrétaire de promotion tout changement (adresse, personne à contacter, adresse mail, changement de RIB...) au cours de la formation :

[karima.aitchirane@gh-paulguiraud.fr](mailto:karima.aitchirane@gh-paulguiraud.fr)

**ATTENTION : Votre adresse mail doit obligatoirement contenir votre nom et votre prénom. Les candidats qui ne respectent pas ces consignes ne recevront pas les informations relatives à la formation.**

## DROITS D'INSCRIPTION ET CONTRIBUTION FORFAITAIRE

- **Droits d'inscription** : chèque de 170€ à l'ordre du trésor public, non remboursable en cas de désistement. A ce jour, la revalorisation éventuelle des droits d'inscription n'est pas connue. Le montant des droits fait l'objet d'un arrêté ministériel. Le montant du complément vous sera communiqué le jour de la rentrée.
- **Droits d'inscription** : 2770€ pour les étudiants étrangers hors UE (cf. annexe 6, en application de l'arrêté du 19 avril 2019 relatif aux droits d'inscription dans les établissements publics d'enseignement supérieur relevant du ministre chargé de l'enseignement supérieur).

- **Cout de la formation : 7420€ par année de formation.** Si vous bénéficiez d'une prise en charge par un employeur ou par un organisme de financement ou si vous financez personnellement la formation (cf. annexe 4 « effectifs non éligibles par le Conseil Régional d'Ile de France).

**Le certificat de scolarité ne pourra être délivré qu'après paiement des droits d'inscription et restitution du dossier administratif complet.**

**Requis :**

- Un ordinateur portable pour les cours à distance (plateforme universitaire et IFSI) : Un prêt est possible sous réserve de disponibilité pour une durée de 6 mois renouvelable sur demande et sur production d'une attestation d'assurance couvrant le bris et le vol de l'ordinateur portable (montant 500€)

**A noter :**

- Le cout du repas au self de PGV s'élève à 1,84€.
- **Le self ne sera pas accessible la semaine de la rentrée.**
- Les tenues sont fournies (prêt de 3 ans)

## **DOSSIER MEDICAL (Annexes 2 et 3)**

Vous avez choisi un métier de soins et de communication qui exige de bonnes conditions physiques, un bon équilibre psychologique et des vaccinations spécifiques à jour.

C'est la raison pour laquelle un certificat précisant que vous ne présentez pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice professionnel est demandé à l'entrée en formation.

**Ce document doit être établi par un médecin agréé ARS.**

**Pour les vaccinations, seul l'imprimé de l'IFSI sera accepté : tout autre certificat sera refusé, le cachet et la signature du médecin doivent y figurer.**

**Le médecin doit indiquer les dates de chaque vaccin. La mention « *est à jour de ses vaccinations* » ne sera pas acceptée. Votre médecin traitant peut renseigner les vaccinations.**

**En revanche, il ne peut pas compléter le certificat médical d'aptitude sauf s'il est agréé.**

**Le candidat doit vérifier que l'attestation vaccinale remplie par le médecin est conforme à ce qui est demandé.**

**La liste des médecins agréés est disponible sur le site : [www.iledefrance.ars.sante.fr](http://www.iledefrance.ars.sante.fr)**

## **ACCESSIBILITE HANDICAP**

Conformément aux textes officiels (circulaire n°2006-215 du 26 décembre 2006 ; décret n°2005-1617 du 21 décembre 2005 ; circulaire n°2011-220 du 27 décembre 2011), les candidats présentant un handicap peuvent « *bénéficier d'aménagement rendus nécessaires par leur situation* ».

Vous pouvez dès à présent vous rapprocher de la Maison départementale pour les personnes handicapées (MDPH) afin d'obtenir une attestation.

Si vous avez des questions, vous pouvez contacter les référents handicap de l'IFSI :

[corinne.guillard@gh-paulguiraud.fr](mailto:corinne.guillard@gh-paulguiraud.fr)  
[marie.domingues@gh-paulguiraud.fr](mailto:marie.domingues@gh-paulguiraud.fr)

## INSCRIPTION A L'UNIVERSITE PARIS SACLAY – Année universitaire 2024-2025

L'inscription à l'Université PARIS SACLAY est obligatoire afin d'obtenir à la fin des études en soins infirmiers le grade de licence et de pouvoir être inscrit aux épreuves d'évaluation contrôlées par l'université.

Les droits de la CEVEC ne seront pas exigés pour les candidats pris en charge par un employeur ou équivalent.



DEPARTEMENT UNIVERSITAIRE DES FORMATIONS EN SCIENCES INFIRMIERES

### INSCRIPTIONS 2024/2025

## Pour les admis via **ParcourSup**

Inscriptions ouvertes du 9/07/24 au 19/07/24 puis du 19/08/24 au 20/09/24

1. Contribution Vie Etudiante et de Campus CVEC (montant 103€) obligatoire à payer sur : <https://www.messervices.etudiant.gouv.fr>

2. Inscription via IAprimo (identifiant = numéro Parcoursup) : <https://iaprimo.universite-paris-saclay.fr/>

➤ Attention à bien noter votre numéro étudiant à la fin de l'inscription

3. 24h après l'inscription : Activation de votre compte universitaire <https://adonis.universite-paris-saclay.fr/activation/>

4. 24h après : Dépôt des pièces justificatives sur :

<https://pjweb.universite-paris-saclay.fr/pjweb/page/login.jsf>

5. Accès à l'espace de cours eCampus (24h après l'activation du compte sur adonis) :

<https://ecampus.paris-saclay.fr>

Identifiant : prenom.nom

Mdp : celui préalablement crée sur Adonis Paris-Saclay

**TOUT DOSSIER INCOMPLET BLOQUE L'EDITION DE LA CARTE D'ETUDIANT ET/OU DU CERTIFICAT DE SCOLARITE**

## BOURSE

**Les étudiants en formations sanitaires ou sociales, relèvent de la bourse de la Région Île-de-France, ils ne doivent pas faire la demande de bourse au CROUS.**

Campagne de bourses pour les étudiants effectuant une rentrée scolaire en septembre 2024 sur le site [www.iledefrance.fr/fss](http://www.iledefrance.fr/fss) à partir du 15 juillet 2024.

Le matricule de l'établissement à renseigner lors de votre demande sera le suivant : **974qg4**.

Les accords définitifs et décisions d'attribution de bourse ne pourront être donnés par la Région qu'une fois les dossiers validés par l'IFSI à la rentrée.

## DOSSIER D'INSCRIPTION ADMINISTRATIVE

Dossier complet à envoyer à :

IFSI du GH PAUL GUIRAUD

Secrétariat étudiants de 1<sup>ère</sup> année – Promotion 2024/2027

54, avenue de la République – BP 20065

94806 VILLEJUIF CEDEX

Partie réservée à l'administration	<p style="text-align: center;"><b>DOCUMENTS A FOURNIR OBLIGATOIREMENT</b></p> <p><b>Attention</b> : certaines pièces <b>signalées en rouge</b> sont à fournir en format papier <b>et</b> format PDF (<b>le format photo n'est pas accepté</b>) à l'adresse suivante : <a href="mailto:karima.aitchirane@gh-paulguiraud.fr">karima.aitchirane@gh-paulguiraud.fr</a></p>
	chèque des droits d'inscription d'un montant de <b>170€</b> à l'ordre du <b>Trésor Public</b>
	chèque des droits d'inscription d'un montant de <b>2770€</b> à l'ordre du <b>Trésor Public pour les étudiants étrangers hors UE</b>
	<b>fiche de renseignements</b> dûment complétée avec photo collée (tête nue et ressemblante) Annexe 1
	3 photocopies très lisibles, de la carte d'identité recto-verso ou d'un passeport français ou carte de séjour en cours de validité ou de renouvellement. Aucun autre document ne sera pris en compte – nommer le fichier PDF : <b>NOM-CNI.pdf</b> ou <b>NOM-CSéjour.pdf</b>
	Curriculum vitae-nommer le fichier PDF : <b>NOM-CV.pdf</b>
	4 relevés d'identité bancaire ( <b>RIB</b> ) ou postal <u>au nom de l'étudiant</u> pour paiement des indemnités et des frais de transports sur stage.
	Photocopie du <b>diplôme ayant permis votre inscription sur ParcoursSup</b> . Pour les titulaires de diplômes étrangers, joindre obligatoirement une attestation de comparabilité permettant l'entrée dans l'enseignement supérieur à demander au centre ENIC-NARIC (centre Français d'Informations sur la Reconnaissance Académique et Professionnelle des Diplômes) : <a href="http://www.ciep.fr/enic-naric-france">http://www.ciep.fr/enic-naric-france</a> . Service payant, délais d'obtention de l'attestation 2 à 3 mois
	3 photocopies de l' <b>attestation d'immatriculation à la sécurité sociale</b> (pas de carte vitale) – nommer le fichier PDF : <b>NOM-Avitale.pdf</b>
	<b>Attestation médicale de vaccination</b> ci-jointe à remplir obligatoirement par un médecin agréé ou par votre médecin traitant (Annexe 2) – nommer le fichier PDF : <b>NOM-Vaccination.pdf</b>
	<b>Certificat médical d'aptitude aux fonctions d'IDE</b> ci-joint à remplir obligatoirement par <b>un médecin agréé</b> (Annexe 3). Liste des médecins agréés disponible sur le site : <a href="http://www.iledefrance.fr">www.iledefrance.fr</a> – nommer le fichier PDF : <b>NOM-Aptitude.pdf</b>
	Attestation d'assurance responsabilité civile individuelle scolaire couvrant <b>les risques en stage hospitalier et extrahospitalier pour l'année scolaire 2024-2025</b> (assurance habitation non recevable) – nommer le fichier PDF : <b>NOM-Assurance.pdf</b>
	Décision de la MDPH <b>pour les personnes en situation de handicap</b> (aménagement des épreuves d'évaluation)
	L'attestation B2 sur la maîtrise de la langue française pour les candidats déclarant une nationalité pays hors UE, EEE, Suisse et Andorre.
	<b>SUITE AU VERSO ⇒</b>

	<p><b>Fiche de financement de la formation en soins infirmiers</b> à remplir (Annexe 4).  Pour les personnes non éligibles par le Conseil Régional d'Ile de France, 30% sont à verser à l'entrée en formation soit 2226€ par chèque à l'ordre du <b>Trésor Public</b>.</p>
	<p>Fiche de modalités d'octroi de dispenses d'enseignements (Annexe 5).  <b>/\ Si vous ne souhaitez pas faire de demande de dispense, vous devez impérativement cocher la case « Je ne souhaite pas faire de demande de dispenses » puis dater et signer le document.</b>  <b>/\ Aucune demande ne sera prise en compte en dehors de celle fournie avec le dossier d'inscription.</b></p>
	<p>Note sur les droits d'inscription pour les étudiants extra-communautaires + pièce à fournir (Annexe 6).</p>
	<p style="text-align: center;"><b><u>Pour les candidats titulaires d'un diplôme d'infirmier originaire d'un pays hors UE</u></b>  <b><u>Pièces complémentaires à fournir</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La photocopie certifiée conforme du diplôme d'infirmier (l'original du diplôme sera fourni lors de l'admission en formation)</li> <li>2. Le relevé détaillé du programme des études suivies, précisant le nombre d'heures de cours par matière et par année de formation, la durée et le contenu des stages cliniques effectués au cours de la formation ainsi que le dossier d'évaluation continue, le tout délivré et attesté par une autorité compétente du pays qui a délivré le diplôme</li> <li>3. La traduction des documents en français par un traducteur agréé près de la cour d'Appel de la région du domicile</li> <li>4. L'attestation B2 sur la maîtrise de la langue.</li> </ol>



Groupe Hospitalier Paul Guiraud - Institut de formation en soins infirmiers  
54, avenue de la République - BP20065 - 94806 VILLEJUIF CEDEX  
Tél : 01 42 11 70 62  
[karima.aitchirane@gh-paulguiraud.fr](mailto:karima.aitchirane@gh-paulguiraud.fr)

COLLER  
VOTRE  
PHOTO

(Ne pas agraffer)

## ANNEXE 1

### FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Année scolaire : 2024/2025

Merci de compléter l'intégralité des informations demandées

NOM ..... Nom d'épouse .....

Nom d'usage..... Prénom.....

**Souligner le nom auquel les courriers postaux devront vous être adressés ou préciser le nom de la boîte aux lettres si vous êtes hébergé(e)**

Adresse.....

CP : ..... Ville : .....

Numéro de téléphone

 Portable .....

 Fixe .....

Adresse mail.....

**ATTENTION : Votre adresse mail doit contenir obligatoirement votre nom et prénom (il n'y aura pas d'information envoyée si non-respect des consignes. Le certificat de scolarité ne vous sera pas délivré)**

Date de naissance :.....  
Commune de naissance : .....  
n° de département de naissance :.....  
Pays de naissance : .....  
Nationalité :.....  
Age :.....  
N° de sécurité sociale .....  
Numéro INE (*numéro apparaissant sur le relevé des notes du baccalauréat*):.....

Personne à prévenir en cas d'urgence (obligatoire). Indiquer le lien (père, mère, amis etc...)

Nom/Prénom.....



Lien .....

Situation Familiale :

Marié(e)  Célibataire  Divorcé(e)  Concubin(e)  Veuf(e)  Pacsé(e)

Nombre d'enfant(s) à charge (préciser leur âge)

.....  
.....

Serez-vous motorisé(e) pendant la formation ?  Oui  Non

Bénéficiez-vous d'une prise en charge ou d'une rémunération ?

Oui  Non

*Si oui nom et adresse de l'organisme*.....  
.....

Et pour quelle durée : 1 an  2 ans  3 ans

Devrez-vous travailler pour financer votre formation ?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Situation à l'entrée en formation**

- A la recherche d'un emploi  
 En activité  
 En poursuite d'études

**Hors poursuite d'étude**

<b>Dernier employeur et emploi occupé</b>	
<b>Date de fin ou de rupture de contrat</b>	
<b>Motif de fin de contrat</b>	<input type="checkbox"/> Rupture conventionnelle <input type="checkbox"/> Démission <input type="checkbox"/> Licenciement <input type="checkbox"/> Autre

**Si vous êtes : Demandeur d'emploi**

<b>Date d'inscription à Pole emploi</b>	
<b>Numéro Identifiant Pole emploi</b>	
<b>Adresse du Pôle Emploi</b>	
<b>Demandeur d'emploi indemnisé ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Type d'indemnisation*</b>	<input type="checkbox"/> AREF <input type="checkbox"/> ASS <input type="checkbox"/> ARE *(se référer à la notification Pole Emploi)

**Si vous êtes : Salarié**

<b>SIRET employeur</b>	
<b>N° URSSAF</b>	
<b>Raison sociale employeur</b>	
<b>Catégorie socio professionnelle</b>	<input type="checkbox"/> Agriculteurs exploitants
	<input type="checkbox"/> Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
	<input type="checkbox"/> Cadres et professions intellectuelles supérieures
	<input type="checkbox"/> Employés
	<input type="checkbox"/> Ouvriers
	<input type="checkbox"/> Professions Intermédiaires
<b>Formation financée par employeur ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Adresse employeur</b>	
<b>Type De Contractualisation</b>	<input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Fonctionnaire <input type="checkbox"/> CDD Contrat à durée déterminée <input type="checkbox"/> CDI Contrat à durée indéterminée <input type="checkbox"/> Contrat d'apprentissage (alternance) <input type="checkbox"/> Contrat de professionnalisation (alternance) <input type="checkbox"/> Contrat de Sécurisation professionnelle (CSP) <input type="checkbox"/> Intérimaire (mission d'intérim)

### Statut à l'entrée en formation

- Activité bénévole (engagement citoyen)
- Agent consulaire
- Contractuel de droit public
- Apprenant en parcours de formation initiale (sortie de moins de 2 ans du système scolaire)
- Fonctionnaire
- Intermittent du spectacle
- Non connu
- Personne en Contrat de Sécurisation Professionnelle
- Personne en recherche d'emploi inscrite sur la liste Pôle Emploi
- Personne en recherche d'emploi non inscrite sur la liste Pôle Emploi
- Salarié
- Situation au regard de la liste Pôle Emploi non connue
- Travailleur en ESAT
- Travailleur non Salarié

### Niveau scolaire à l'entrée en formation

- 1ère ou 2e année de DEUG, DUT, BTS, école des FFS
- 2de, 1ère ou 2e année de CAP ou BEP
- 3e ou première année de CAP ou BEP
- Classes de 2e ou 3e cycle de l'enseignement supérieur
- Primaire, 6e, 5e, 4e, CPA, CPPN ou CLIPA
- Terminale

**Intitulé du Baccalauréat :** .....

**Année d'obtention du Baccalauréat :** .....

### Niveau de certification maximum au moment de l'entrée en formation

- NIVEAU 1 (Sans niveau spécifique)
- NIVEAU 2 (Sans diplôme ou Diplôme du Brevet)
- NIVEAU 3 (CAP, BEP, DEAS, DEAP, Ambulancier...)
- NIVEAU 4 (BP, BT, bac prof ou techno, Baccalauréat général)
- NIVEAU 5 (BTS, DUT, etc...)
- NIVEAU 6 (Licence, master 1)
- NIVEAU 7 (Grade master)
- NIVEAU 8 (Doctorat, etc..)

**Intitulé du dernier diplôme :** .....

**Année d'obtention du dernier diplôme :** .....

### Bénéficiez-vous d'une prise en charge par la MDPH ?

**Si oui, quelles sont les adaptations dont vous pourrez justifier ?**

.....

**Vous devrez adresser à Paris Saclay :** [handicap.etudiant@universite-paris-saclay.fr](mailto:handicap.etudiant@universite-paris-saclay.fr) les justificatifs correspondants pour établir les préconisations et bénéficier d'aménagements.

**Date et signature de l'étudiant :**

 <p>GRUPE HOSPITALIER PAUL GUIRAUD</p> 	<p><b>Instituts</b> de Formation en <b>Soins Infirmiers et Aides-Soignants</b></p> <p><small>Groupe Hospitalier Paul Guiraud - 65, avenue de la République - 94000 Vitry-sur-Seine Tél : 01 42 11 71 00 - E-mail : ifai@groupe-paulguiraud.fr</small></p>	<p>Candidat(e) à la formation IDE 2024-2025</p>
---	---	---

## ANNEXE 2

### ATTESTATION MEDIALE DE VACCINATION ET D'IMMUNISATION

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Né.e le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ Tél \_\_\_\_\_

NOM DU VACCIN ou DU TEST	DATES
<b>Vaccin Diphtérie-Tétanos-Polio (obligatoire) coqueluche</b>	
Nombre total de doses depuis la naissance (DTP ou DTCP)	
Nom commercial du dernier vaccin _____ et Date	____ / ____ / ____
<b>Vaccin hépatite B (obligatoire)</b>	
NOM Commercial _____ 1 <sup>ère</sup> dose	____ / ____ / ____
_____ 2 <sup>ème</sup> dose	____ / ____ / ____
_____ 3 <sup>ème</sup> dose	____ / ____ / ____
Nombre de doses supplémentaires : _____ et dates	____ / ____ / ____
	____ / ____ / ____
	____ / ____ / ____
Dosage des anticorps anti-HBs (obligatoire) <i>Même ancien et attention si taux &lt; 100, nécessité de dosage Ag Abs simultané à préciser</i>	____ / ____ / ____
<b>Résultat</b>	____ UI
<b>Vaccin Rougeole-Oreillons-Rubéole</b>	
Nombre de doses _____ et date	____ / ____ / ____
	____ / ____ / ____

Date \_\_\_\_\_

Cachet du médecin

Signature

 <p>CRÔLE HOSPITALIER PAUL GUIRAUD</p> 	<p><b>Instituts</b></p> <p>de Formation en <b>Soins Infirmiers et Aides-Soignants</b></p> <p><small>Groupe Hospitalier Paul Guiraud - 95 Avenue de la République - 94000 Vitry Tél : 01 42 42 21 00 - E-mail : ghp@institut-paulguiraud.fr</small></p>	<p><b>Candidate.e à la formation IDE 2024-2025</b></p>
---	--	--

Madame, Monsieur

L'admission définitive dans un institut de formation est subordonnée à la production, d'une **attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires** concernant les maladies transmissibles suivantes : **Diphtérie, tétanos, poliomyélite et hépatite B.**

#### **VACCINATION ANTI-HEPATITE B**

Dans le cadre de vos stage cliniques puis de votre exercice professionnel, vous serez exposé.e à des produits biologiques à risque infectieux, dont celui de l'hépatite B est considéré comme majeur. Il s'agit d'une maladie grave, contre laquelle on dispose d'un vaccin efficace et sûr. Depuis 1991, cette vaccination est légalement **obligatoire, pour tout soignant**. Le ministère de la santé a rappelé le 24 janvier 2014 qu'une contre-indication à cette vaccination correspond de fait à une **inaptitude** à ce type de profession.

Pour pouvoir partir en stage, conformément à la législation (arrêté du 02/08/20213), vous devez justifier au plus tard 10 jours avant le début du stage d'avoir été immunisé.e en adressant au :

- **Soit un taux d'anticorps anti-HBs >100 UI/L**
- **Soit la preuve d'avoir reçu 3 injections de vaccin anti HVB ET un taux d'anticorp anti-HBs >10UI/L ET l'antigène HBs indétectable sur le même prélèvement (40 jours après la dernière injection)**

**Pour les personnes non vaccinées**, il est recommandé de débiter la vaccination le plus tôt possible.

#### **VACCINATION DTP**

Les rappels sont effectués à âges fixes : 25 ans, 45 ans et, en fonction de la poursuite des activités professionnelles, 65 ans)

**Ces vaccinations sont obligatoires pour les professionnels de santé.**

Nota : pour les professionnels de santé, il est recommandé que les appels administrés aux âges de 25, 45, 65 ans comportent systématiquement la valence coqueluche. Les personnes non vaccinées ou ayant reçu un rappel depuis plus de 5 ans recevront une dose de vaccin.

En outre, les **vaccinations** suivantes ne sont pas obligatoires mais elles sont **fortement recommandées** :

- ROR : rougeole, Oreillons, Rubéole

*NB : si vaccination en cours, le précisez sur l'attestation de vaccination et le transmettre par la suite à l'institut de formation dans les plus brefs délais.*

**ANNEXE 3**

# CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE

(A faire compléter **par un médecin agréé<sup>1</sup>** par l'Agence Régionale de Santé  
selon l'article 11 de l'arrêté du 7 avril 2020)

Je soussigné(e), ..... Docteur en médecine

certifie que : Nom<sup>2</sup> : ..... Nom d'usage.....

Prénom : .....né(e) le : .....

**présente les aptitudes physiques et psychologiques nécessaires à l'exercice de la  
profession d'infirmier.**

Fait à ....., le .....

Cachet :

Signature du médecin agréé <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Liste disponible sur le site de l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France : [www.iledefrance.ars.sante.fr](http://www.iledefrance.ars.sante.fr)

<sup>2</sup> Nom de naissance

## ANNEXE 4

### ATTESTATION DE FINANCEMENT DES FRAIS DE FORMATION ÉTUDIANT/E INFIRMIER/E 2024/2025

Je soussigné(e).....

Certifie la prise en charge des frais de scolarité de la formation en soins infirmiers selon la modalité suivante (cocher la case en lien avec votre situation et joindre obligatoirement le justificatif correspondant) :

**MONTANT DE LA FORMATION POUR L'ANNÉE 2024-2025 :**

**Cursus : 7420 euros**

**Publics éligibles au Financement des Frais de Formation par le Conseil Régional d'Ile-de-France :**

- Jeunes de moins de 26 ans en poursuite d'études sans interruption (y compris ceux ayant un contrat de travail étudiant),
- Jeunes de moins de 26 ans avec interruption de scolarité de moins de 2 ans avant le démarrage de la formation,
- Jeunes dont le service civique s'est achevé dans un délai d'un an avant l'entrée en formation,
- Demandeurs d'emploi (catégorie A et B) inscrits à France Travail avant d'entrer en formation,
- Les bénéficiaires d'un PEC (Parcours Emploi Compétences),
- Les bénéficiaires du RSA (Revenu de Solidarité Active).

**Publics non éligibles au financement par le conseil régional Ile-de-France :**

- Les agents publics (y compris en disponibilité),
  - Les salariés du secteur privé,
  - Toute personne ayant bénéficié d'une prise en charge partielle par Transitions Pro,
  - Les abandons de formation intervenus dans le mois suivant l'entrée en formation,
  - Les apprentis,
  - Les personnes en validation des acquis de l'expérience (VAE),
  - Les médecins et les sages-femmes diplômés à l'étranger
- Je suis dans une des situations ci-dessus :
- Je bénéficie d'une prise en charge financière par mon employeur
  - Je bénéficie d'une prise en charge financière par un organisme (Transition Pro...).
  - Autre (disponibilité, démission, etc...) et ne bénéficie d'aucune prise en charge. Je m'engage à régler personnellement les frais de formation qui s'élèvent à 7420 euros et à verser 30% de ce montant soit 2226 euros à l'entrée en formation.

A....., le.....

Signature de l'apprenant

## ANNEXE 5

### Fiche de modalités d'octroi de dispenses d'enseignements

 Aucune demande ne sera prise en compte en dehors de celle fournie avec le dossier d'inscription.

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.

Cocher la case correspondant à votre choix :

Je souhaite faire une demande de dispenses. (Préciser les domaines sur lesquels vous souhaitez une dispense et joindre les justificatifs permettant ces dispenses (ex : attestations de formation etc.) .....

.....  
Pour cela, je dois justifier que le programme d'enseignement dont je demande la dispense est comparable à l'enseignement que j'ai validé et régulièrement remis à jour (inférieur à 3 ans) et justifier par des attestations de formation continue.

(Exemple : je suis aide-soignante le module d'hygiène que j'ai validé en formation n'est pas comparable à l'UE 2.10 car le programme et l'évaluation : analyse de situation ne sont pas comparables même s'ils ont des éléments identiques).

Je ne souhaite pas faire de demande de dispenses

**Nom prénom :**

Fait à

le,

Signature :

## **ANNEXE 6**

### **DROITS D'INSCRIPTION**

#### **Etudiants extra-communautaires**

En application de l'Arrêté du 19 avril 2019 aux droits d'inscription dans les établissements publics d'enseignement supérieur relevant du ministre de l'enseignement supérieur et du Décret n° 2019-344 du 19 avril 2019 relatif aux modalités d'exonération des droits d'inscription des étudiants étrangers suivant une formation dans les établissements publics d'enseignement supérieur relevant du ministre chargé de l'enseignement supérieur.

[Arrêté du 19 avril 2019 relatif aux droits d'inscription dans les établissements publics d'enseignement supérieur relevant du ministre chargé de l'enseignement supérieur - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)

**Vous devez acquitter la somme de 2770 euros si vous ne remplissez pas l'une des conditions (art.8 du présent arrêté) :**

- 1 - Etre ressortissant de l'un des Etats membres de l'Union Européenne, d'un autre état partie à l'accord sur l'Espace Economique européen ou de la Confédération Suisse,
- 2 - Etre titulaire d'un titre de séjour portant la mention « carte de séjour de membre de la famille d'un citoyen de l'Union/EEE/Suisse,
- 3 - Etre titulaire d'une carte de résident délivrée dans les conditions fixées au Chapitre IV du titre Ier du livre III du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ou être titulaire d'un titre de même nature délivré dans le cadre d'un accord international applicable à la République Française ou être mineur âgé de moins de 18 ans et descendant direct ou être à charge du bénéficiaire de l'une de ces cartes,
- 4 - Etre fiscalement domicilié en France ou être rattaché à un foyer fiscal domicilié en France depuis au moins 2 ans, au 1<sup>er</sup> janvier précédent l'année universitaire au titre de laquelle l'inscription est demandée, **(à fournir : Avis d'imposition 2022, 2023, 2024 de l'étudiant ou des personnes du foyer de rattachement faisant apparaître l'état civil de l'étudiant.)**
- 5 – Etre bénéficiaire du statut de réfugié ou de la protection subsidiaire ou être une personne dont le père, la mère ou le tuteur légal bénéficie de ce statut ou de cette protection,
- 6 – Etre ressortissant d'un Etat ayant conclu un accord international applicable à la République française prévoyant l'acquittement de droits d'inscription identiques à ceux applicable aux ressortissants français ou dispensant les ressortissants de cette obligation de détenir un titre de séjour en France.

**Votre situation devra être justifiée pour être prise en compte.**