



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

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

Tél : 01 42 11 71 38 - Fax : 01 42 11 71 78

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



# LIVRET DE RENSEIGNEMENTS Rentrée septembre 2019

**CANDIDATS AS/AP  
CANDIDATS RELEVANT DE LA FORMATION  
PROFESSIONNELLE CONTINUE (FPC)**

## DOSSIER ADMINISTRATIF



- ✓ A renvoyer ou déposer à l'IFSI impérativement avant le **1<sup>er</sup> JUILLET 2019**
- ✓ La rentrée scolaire a lieu le **LUNDI 02 SEPTEMBRE 2019 à 10h30**

## 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 :

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

**ATTENTION : Votre adresse mail doit obligatoirement contenir votre nom et prénom**

## DROITS D'INSCRIPTION ET CONTRIBUTION FORFAITAIRE

*Vous pouvez appeler le secrétariat pour obtenir une aide à définir votre situation*

- **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 et **sera à fournir en espèces le jour de la rentrée**.
- **Frais pédagogiques :** chèque de **220€** à l'ordre du trésor public si vous bénéficiez de la prise en charge des études par le Conseil régional ou **7000€** si vous bénéficiez d'une prise en charge par un autre tiers comme un employeur ou si vous ne bénéficiez d'aucune prise en charge .

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

### A noter :

- le coût du repas s'élève à 1,84€.
- **le self ne sera pas accessible la semaine de la rentrée.**
- Les tenues de stage sont fournies par l'établissement.

## DOSSIER MEDICAL (Annexes 2 et 3)

### - Dossier médical

*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.*

**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. Ce document doit être établi par un médecin agréé. Votre médecin traitant peut uniquement renseigner les vaccinations.**

**Le certificat médical d'aptitude est à remplir, obligatoirement, par un médecin 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.ars.iledefrance.fr](http://www.ars.iledefrance.fr)**

## INSCRIPTION A L'UNIVERSITE PARIS SUD – Année universitaire 2019-2020

L'inscription à l'Université PARIS SUD 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. (Cela conditionne le passage en année supérieure et est également nécessaire pour se connecter aux cours dispensés en ligne).

Une fois votre inscription effectuée auprès de l'IFSI, vous devez télécharger, imprimer, remplir et signer le dossier d'inscription et joindre les pièces justificatives demandées par l'université.

Le dossier d'inscription est téléchargeable via le site internet de l'université Paris Sud avec le lien suivant : <http://www.medecine.u-psud.fr>.

Groupe Hospitalier Paul Guiraud - Institut de formation en soins infirmiers  
54, avenue de la République - BP20065 - 94806 VILLEJUIF CEDEX  
Tél : 01 42 11 71 38 - Fax : 01 42 11 71 78  
Corinne.guillard@gh-paulguiraud.fr

Villejuif, le 29 avril 2019

**Corinne GUILLARD**

Secrétaire étudiants 1<sup>ère</sup> année  
(Promotion 2019/2022)  
Tél. : 01.42.11.71.38

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

Madame, Monsieur,

Suite à votre admission sur la liste d'admission pour l'accès à la formation préparant au diplôme d'Etat Infirmier, qui débutera le **lundi 02 septembre 2019 à 10h30**, vous devez accomplir certaines formalités pour obtenir votre inscription définitive. A cet effet, vous trouverez ci-joint la liste des pièces à fournir. Vous devez renvoyer votre dossier complet sous pli avant le **1<sup>er</sup> juillet 2019** à l'adresse suivante :

**IFSI du GH PAUL GUIRAUD  
Secrétariat étudiants de 1<sup>ère</sup> année - Promotion 2019/2022  
54, avenue de la République – BP20065  
94806 VILLEJUIF CEDEX**

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

**Si vous êtes également inscrit sur ParcoursSup vous devez fournir l'attestation de désinscription de la plateforme.**

Merci de nous informer de tout changement de situation vous concernant par mail à l'adresse suivante : [corinne.guillard@gh-paulguiraud.fr](mailto:corinne.guillard@gh-paulguiraud.fr).

Nous restons à votre disposition pour toute information complémentaire.

Je vous prie d'agréer mes sincères salutations.

**Madame Christine REDON  
Directrice de l'IFSI/IFAS**

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.**

**DOSSIER D'INSCRIPTION ADMINISTRATIVE**

**Dossier complet à envoyer avant le 01/07/2019 à :**

**IFSI du GH PAUL GUIRAUD**

**Secrétariat étudiants de 1<sup>ère</sup> année – Promotion 2019/2022**

**54, avenue de la République – BP 20065**

**94806 VILLEJUIF CEDEX**

*Partie réservée  
à  
l'administration*

**DOCUMENTS A FOURNIR OBLIGATOIREMENT**

- fiche de renseignements** dûment complétée avec photo collée (Annexe 1)
- 3 photocopies très lisibles de la **carte d'identité** recto-verso ou **carte de séjour** en cours de validité
- 4 relevés d'identité bancaire (RIB)** ou postale au nom de l'étudiant pour paiement des indemnités et des frais de transports sur stage
- photocopie du **diplôme ayant permis votre inscription aux épreuves de sélection. Si diplôme de niveau supérieur (baccalauréat, licence.....),** fournir photocopie.
- 3 photocopies de l'**attestation d'immatriculation à la sécurité sociale** (pas de carte vitale).
- attestation médicale** ci-jointe à remplir obligatoirement par un médecin agréé ou par votre médecin traitant (Annexe 2).
- certificat médical** d'aptitude aux fonctions d'IDE ci-joint à remplir obligatoirement par **un médecin agréé** (Annexe 3). Liste des médecins agréés disponible sur le site : [www.iledefrance.fr](http://www.iledefrance.fr)
- attestation d'assurance responsabilité civile individuelle scolaire couvrant **les risques en stage hospitalier et extrahospitalier pour l'année scolaire 2019-2020** (assurance habitation non recevable) .
- fiche de financement de la formation en soins infirmiers** à remplir (Annexe 4), accompagnée du chèque de 220€ à l'ordre du **Trésor Public** pour les personnes éligibles par le Conseil Régional d'Ile De France. Pour les personnes non éligibles 30% sont à verser à l'entrée en formation soit 2100€ par chèque à l'ordre du **Trésor Public**.
- Fiche de modalités d'octroi de dispenses d'enseignements (Annexe 5).

Groupe Hospitalier Paul Guiraud - Institut de formation en soins infirmiers  
54, avenue de la République - BP20065 - 94806 VILLEJUIF CEDEX  
Tél : 01 42 11 71 38 - Fax : 01 42 11 71 78  
[corinne.guillard@gh-paulguiraud.fr](mailto:corinne.guillard@gh-paulguiraud.fr)

## **ANNEXE 1**

### **FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

COLLER

VOTRE

PHOTO

(Ne pas agraffer)

**Merci de remplir l'intégralité des informations demandées**

NOM ..... Nom d'épouse .....

Nom d'usage..... Prénom.....

**Souligner le nom auquel les courriers postaux devront vous être adressés**

Nationalité.....

Adresse .....

.....

*Numéro de téléphone*

 Portable .....

 Fixe .....

Adresse mail.....

**ATTENTION : Votre adresse mail doit contenir obligatoirement votre nom et prénom**

Date de naissance : .....

Commune et n° de département de naissance : .....

Pays de naissance : .....

Age : .....

N° de sécurité sociale .....

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

Nom/Prénom.....

 .....

Lien .....

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

Oui  Non

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

.....

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

*SITUATION FAMILIALE*

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

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

*Devrez-vous travailler pour financer votre formation ?*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## ANNEXE 2

### Attestation médicale

Lieu, date

Je, soussigné(e) Dr

Titre et qualification

Adresse

Téléphone

Certifie que M / Me

Nom :

Prénom :

Né(e) le

Candidat(e) à l'inscription à (*entourer la filière choisie*) :

aide-soignant, infirmier

a été vacciné(e) :

- Contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite :

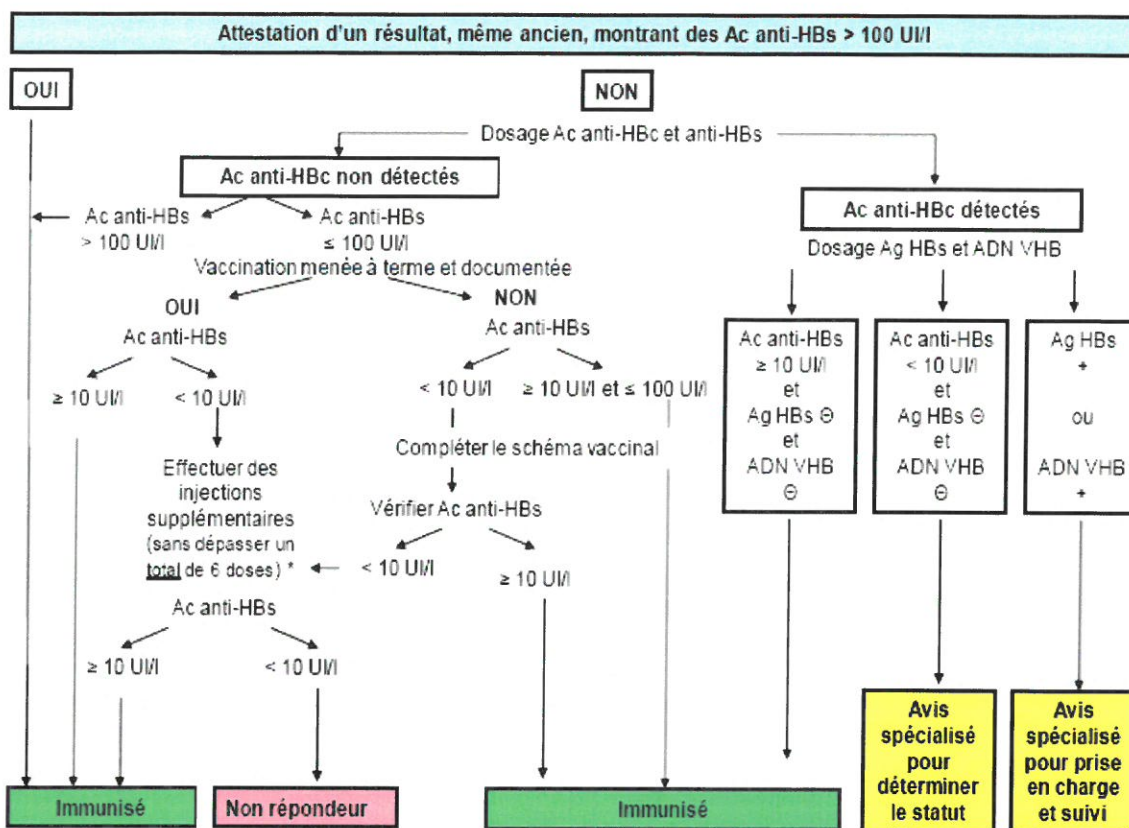
| Dernier Rappel effectué |      |        |
|-------------------------|------|--------|
| Nom du vaccin           | Date | N° lot |
|                         |      |        |

- Contre l'hépatite B, selon les conditions définies au verso, il/elle est considéré(e) comme (*rayez les mentions inutiles*) :
  - immunisé(e) contre l'hépatite B :      oui      non
  - non répondeur(se) à la vaccination :      oui      non

Signature et cachet du médecin

**Nota bene :** Selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour ces professionnels de santé, il est par ailleurs recommandé d'être immunisé contre la coqueluche, la rougeole, la rubéole, la varicelle et la grippe saisonnière.





\* 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 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. Site du ministère chargé de la santé : <http://www.sante.gouv.fr/vaccinations-vaccins-politique-vaccinale.html> )
- Décret n°2019-149 du 27 février 2019 modifiant le décret n°2007-111 du 17 juillet 2007 relatif à l'obligation vaccinale par le vaccin antituberculeux BCG

**Groupe Hospitalier Paul Guiraud - Institut de formation en soins infirmiers**  
54, avenue de la République - BP20065 - 94806 VILLEJUIF CEDEX  
Tél : 01 42 11 71 38 - Fax : 01 42 11 71 78

### ANNEXE 3

Année de formation : **2019/2022**

# CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE

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

certifie que : Nom : ..... 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

## **ANNEXE 4**

### **FICHE DE FINANCEMENT DE LA FORMATION EN SOINS INFIRMIERS**

**Le statut de l'étudiant est considéré à l'entrée en formation et vaut pour toute la durée de la formation.**

Veillez renseigner votre situation afin de définir votre prise en charge financière à l'entrée en formation. **Il est impératif de joindre un justificatif selon la situation cochée.**

**Effectifs éligibles par le Conseil Régional d'Ile de France : l'étudiant dans un de ces cas de figure acquitte 220 euros par année de formation.**

#### **Le coût de formation est pris en charge par la Région**

- Les élèves et étudiants **âgés de 25 ans ou moins**, inscrits ou non en Mission locale, à l'exception faite des apprentis.
- Les élèves et étudiants sortis du système scolaire **depuis moins de deux ans**, à l'exception faite des apprentis.
- Les demandeurs d'emploi** (catégories A et B), inscrits à Pôle emploi **depuis 6 mois** au minimum (**soit le 1<sup>er</sup> mars 2019**) dont le cout de formation n'est pas pris en charge par Pôle emploi. (Sur le justificatif, doivent apparaitre votre catégorie ainsi que la date d'inscription toujours effective à Pôle emploi).
- Les bénéficiaires des **contrats aidés** (CAE, CIE, Emploi d'Avenir...) y compris en cas de démission.
- Les bénéficiaires du **RSA**.
- Les élèves et étudiants dont le **service civique** s'est achevé dans un délai d'un an avant l'entrée en formation.

#### **Effectifs non éligibles par le Conseil Régional d'Ile de France :**

**Le coût de la formation est pris en charge par l'employeur ou par un organisme de financement ou par l'étudiant. Le tarif est de 7000 euros par année de formation.**

- Les agents du secteur public (y compris en disponibilité).
- Les salariés du secteur privé.
- Les démissionnaires sauf pour les bénéficiaires d'un contrat aidé avant l'entrée en formation.
- Les demandeurs d'emploi ayant mis fin à un contrat de travail par démission ou rupture conventionnelle dans les 6 mois précédant l'entrée en formation.
- Toute personne ayant bénéficié d'une prise en charge partielle par le FONGECIF.
- Les abandons intervenus dans le mois suivant l'entrée en formation.
- Les apprentis.
- Les effectifs des préparations aux concours.
- Les personnes en validation des acquis de l'expérience.
- Les passerelles.
- Les médecins étrangers.

## Annexe 5

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

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.

**Je souhaite faire une demande de dispenses. (Préciser les domaines sur lesquels vous souhaitez une dispense).....**  
.....

**Je ne souhaite pas faire de demande de dispenses**

Fait à \_\_\_\_\_ le,

Signature :

Cocher la case correspondant à votre choix