COMPIÈGNE NOYON
Centre Hospitalier Intercommunal

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS
INSTITUT DE FORMATION D'AIDES SOIGNANTS

*DIRECTION IFSI-IFAS*

COMPIEGNE
5, Rue de Bourgogne – BP 50 029
60 321 COMPIEGNE CEDEX
Tél : 03 44 23 68 50 - Fax : 03 44 23 68 52
ifsi.secretariat@ch-compiegnenoyon.fr
N° SIRET : 200 034 650 00040
N° existence : 22.60027 15 60 - Code APE : 8532Z

NOYON
Avenue Alsace Lorraine – BP 159
60 406 NOYON CEDEX
Tél : 03 44 44 43 08 - Fax : 03 44 44 43 09
ecole.as@ch-compiegnenoyon.fr
N° SIRET : 200 034 650 00115

# DOSSIER D'INSCRIPTION POUR LES ETUDIANTS EN REPRISE DE SCOLARITÉ

## LISTE DES PIECES A FOURNIR POUR LA REPRISE

☑ Pièce d'identité ;

☑ La fiche de renseignements administratifs ;

☑ La fiche des personnes à prévenir en cas d'urgence ;

☑ 1 chèque d'un montant de 178 euros établit à l'ordre de « l'IFSI/IFAS du CHICN » représentant les droits annuels d'inscription ;

☑ Une attestation CPAM couvrant l'année scolaire 2026/2027 (jusqu'en juillet 2027) ;

☑ Une attestation de paiement de la CVEC. OBLIGATOIRE avant l'inscription à l'IFSI. Attention, les personnes financées par leur employeur sont exonérées ;

☑ 1 attestation d'assurance responsabilité civile qui indique que vous êtes couvert(e) pour l'année 2026/2027 ;

☑ Si votre interruption date de plus d'un an : le certificat médical ci-joint complété et signé par un **médecin agréé par l'ARS** (voir liste ci-jointe). **Tout certificat non établi par un médecin agréé sera refusé**. Si vous venez d'un autre département que l'Oise, vous pouvez effectuer cette visite chez un médecin agréé de votre département. **Dans ce cas, vous devez nous fournir impérativement la liste dans laquelle figure ce médecin agréé (liste disponible auprès des IFSI ou ARS) ;**

Remplir la fiche des vaccinations obligatoires soit par le médecin agréé soit par le médecin traitant :

- Fournir les résultats du dosage des anticorps pour vérifier la couverture vaccinale de l'hépatite B.

Cette fiche devra être remise **obligatoirement avant votre arrivée en formation** afin d'être à jour et que le Service de Santé au Travail puisse contrôler vos dossiers avant votre départ en stage.

Aucun départ en stage ne pourra avoir lieu si vous n'êtes pas à jour.

Copie des **pages de vaccinations** de votre carnet de santé **à agrafer à la fiche de vaccinations**, **ne pas oublier d'inscrire vos noms et prénoms sur toutes les copies.**

☑ Si votre interruption date de moins d'un an : le certificat médical ci-joint complété et signé par votre **médecin traitant**

☑ L'autorisation individuelle d'être filmé(e), photographié(e) ou interviewé(e) ;

☑ La fiche de prise en charge financière **complétée et signée impérativement** ;

☑ Autorisation parentale (uniquement pour les candidats mineurs à la date de la rentrée) ;

☑ Inscription à l'UPJV sur l'ENT d'Amiens – Veuillez-vous rapprocher de votre secrétaire à la rentrée ;

☑ Le règlement intérieur de l'IFSI complété et signé (uniquement pour les arrivées après le mois de Septembre 2026) ;

☑ La charte d'utilisation des intelligences artificielles dégénératives complétée et signée (uniquement pour les arrivées après le mois de Septembre 2026) ;

☑ L'inscription pédagogique complétée et signée (uniquement pour les arrivées après le mois de Septembre 2026).

---

En plus de ces documents, merci de bien vouloir mettre **dans une pochette plastique à part** du dossier d'inscription :

☑ Copie du RIB au NOM de l'étudiant ;

☑ Copie du permis de conduire si obtention ;

☑ Pièce d'identité.

Ce dossier sera adressé à la Direction des Ressources Humaines du CHICN afin qu'il procède à votre inscription sur leur logiciel pour le paiement des indemnités de stage et le remboursement des frais kilométriques lors des stages.

Sans ce dossier aucune indemnité ne pourra vous être versée.

COMPIÈGNE NOYON
Centre Hospitalier Intercommunal

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS
INSTITUT DE FORMATION D'AIDES SOIGNANTS

*DIRECTION IFSI-IFAS*

COMPIEGNE
5, Rue de Bourgogne – BP 50 029
60 321 COMPIEGNE CEDEX
Tél : 03 44 23 68 50 - Fax : 03 44 23 68 52
ifsi.secretariat@ch-compiegnenoyon.fr
N° SIRET : 200 034 650 00040
N° existence : 22.60027 15 60 - Code APE : 8532Z

NOYON
Avenue Alsace Lorraine – BP 159
60 406 NOYON CEDEX
Tél : 03 44 44 43 08 - Fax : 03 44 44 43 09
ecole.as@ch-compiegnenoyon.fr
N° SIRET : 200 034 650 00115

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

# ANNEE SCOLAIRE 2026/2027

**NOM DE NAISSANCE : ……**

**NOM D'USAGE : ……**

**PRENOM : ……**

**DATE DE NAISSANCE : ……LIEU DE NAISSANCE :……**

**DEPARTEMENT DE NAISSANCE (N° et nom du département) : ……..**

**PAYS DE NAISSANCE : ……NATIONALITE : ……..**

**N° INE** (ce numéro « Identifiant National Etudiant » ou BEA figure sur le relevé de notes du baccalauréat depuis 1995) **: ……**

**N° DE SECURITE SOCIALE : ……..**

**ADRESSE ÉTUDIANTE (où l'étudiant sera présent pendant ses études) :**

**……..**

**……**

**N° de téléphone fixe : ……..**

**N° de portable : ……**

**Adresse Mail : ……..**

**ADRESSE PRINCIPALE (Parentale) :**

**……..**

**……**

**N° de téléphone : ……**

**Tout changement de coordonnées doit être signalé au plus vite à la secrétaire en charge de la promotion.**

Possédez-vous un permis de conduire ? ☐Oui ☐Non ☐En cours

Si oui, possédez-vous un véhicule utilisable pour les stages ? ☐Oui ☐Non

## *I – SITUATION DE FAMILLE*

Célibataire ❑ Marié(e) ❑ Pacsé(e) ❑ Concubinage ❑ Divorcé(e) ❑ Séparé(e) ❑ Veuve/Veuf ❑

Dépendez-vous financièrement de vos parents ? ☐Oui ☐Non

Si oui :

- Profession du père : ……
- Profession de la mère : ……..

Si vous êtes marié(e)/pacsé(e) ou vivant maritalement :

- Profession du conjoint : …….

Avez-vous des enfants ? ☐Oui ☐Non Si, oui combien ? …….

## II – CURSUS SCOLAIRE

**A – Cycle secondaire :**

- Nom de l'établissement fréquenté et ville :

  …….
- Niveau ou diplôme(s) obtenu(s) : ……Année d'obtention : ……..

**B – Cycle universitaire ou préparation au concours :**

- Nom de l'établissement fréquenté et ville :

  …….
- Niveau ou diplôme(s) obtenu(s) : ……..Année d'obtention : ……

**C – Cycle professionnel :**

- Niveau ou diplôme(s) obtenu(s) ……Année d'obtention : ……

Avez-vous exercé une activité professionnelle dans un secteur sanitaire et social ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, laquelle ou lesquelles ?

| Activité | Lieu | Dates |
|---|---|---|
| *<br>*<br>*<br>* | *<br>*<br>*<br>* | *<br>*<br>*<br>* |

Date **Signature de l'étudiant(e)**

COMPIÈGNE NOYON
Centre Hospitalier Intercommunal

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS
INSTITUT DE FORMATION D'AIDES SOIGNANTS
*DIRECTION IFSI-IFAS*

COMPIEGNE
5, Rue de Bourgogne – BP 50 029
60 321 COMPIEGNE CEDEX
Tél : 03 44 23 68 50 - Fax : 03 44 23 68 52
ifsi.secretariat@ch-compiegnenoyon.fr
N° SIRET : 200 034 650 00040
N° existence : 22.60027 15 60 - Code APE : 8532Z

NOYON
Avenue Alsace Lorraine – BP 159
60 406 NOYON CEDEX
Tél : 03 44 44 43 08 - Fax : 03 44 44 43 09
ecole.as@ch-compiegnenoyon.fr
N° SIRET : 200 034 650 00115

# PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

## ANNEE SCOLAIRE 2026/2027

**(Merci d'indiquer au minimum 1 personne)**

**NOM DE NAISSANCE ET PRENOM DE L'ETUDIANT : ……**

**Année de formation : L1 ☐ L2 ☐ L3 ☐**

**<u>Personne à contacter n°1 :</u>**

**Lien de parenté :…….**

**Nom : ……Prénom :…….**

**Téléphone fixe : ……Téléphone portable : …….**

✸ ✸ ✸✸✸✸✸ ✸✸ ✸✸✸ ✸✸ ✸

**<u>Personne à contacter n°2 :</u>**

**Lien de parenté :……**

**Nom : ……Prénom :…….**

**Téléphone fixe : ……Téléphone portable : …….**

COMPIÈGNE NOYON
Centre Hospitalier Intercommunal

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS
INSTITUT DE FORMATION D'AIDES SOIGNANTS

*DIRECTION IFSI-IFAS*

COMPIEGNE
5, Rue de Bourgogne – BP 50 029
60 321 COMPIEGNE CEDEX
Tél : 03 44 23 68 50 - Fax : 03 44 23 68 52
ifsi.secretariat@ch-compiegnenoyon.fr
N° SIRET : 200 034 650 00040
N° existence : 22.60027 15 60 - Code APE : 8532Z

NOYON
Avenue Alsace Lorraine – BP 159
60 406 NOYON CEDEX
Tél : 03 44 44 43 08 - Fax : 03 44 44 43 09
ecole.as@ch-compiegnenoyon.fr
N° SIRET : 200 034 650 00115

# Autorisation individuelle d'être filmé(e), photographié(e) ou interviewé(e)

Je soussigné(e) (étudiant(e) majeur) ……,

demeurant à ……,

autorise l'IFSI/IFAS à me filmer, me photographier, m'interviewer et utiliser mon image.

ou

Je soussigné(e) (parent enfant mineur) ……,

demeurant à ……,

autorise l'IFSI/IFAS à filmer, photographier, interviewer et utiliser l'image de mon enfant mineur dont le nom est :
……

En conséquence, j'autorise l'IFSI/IFAS à fixer, diffuser, reproduire et communiquer au public les films, les photographies pris dans le cadre de ma vie d'apprenant(e) ou la vie d'apprenant de mon enfant mineur à l'Institut.

Les photographies, films et/ou interviews pourront être exploités et utilisés directement par l'IFSI/IFAS ou par le Centre Hospitalier Intercommunal COMPIEGNE NOYON sous toute forme et tous supports connus et inconnus à ce jour, notamment de télédiffusion, de papier (journaux, flyer et périodiques) et électronique (Internet) sans aucune limitation intégralement ou par extraits pour une durée illimitée.

Le bénéficiaire de l'autorisation s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies, films et/ou interviews susceptibles de porter atteinte à ma vie privée ou ma réputation ou à la vie privée et la réputation de mon enfant mineur, ni d'utiliser les photographies, films et/ou interviews dans tous supports à caractère pornographique, raciste, xénophobe ou toute autre exploitation préjudiciable.

Il s'efforcera, dans la mesure du possible, de tenir à ma disposition ou à la disposition des parents des enfants mineurs un justificatif à chaque parution ou diffusion des photographies, films et/ou interviews sur simple demande.

Je suis informé(e) de mes droits et ne pourrai prétendre à aucune rémunération pour leur exploitation.

Fait à …….
Le …….

Signature de l'apprenant(e) ou du parent d'enfant mineur

COMPIÈGNE NOYON
Centre Hospitalier Intercommunal

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS
INSTITUT DE FORMATION D'AIDES SOIGNANTS

*DIRECTION IFSI-IFAS*

COMPIEGNE
5, Rue de Bourgogne – BP 50 029
60 321 COMPIEGNE CEDEX
Tél : 03 44 23 68 50 - Fax : 03 44 23 68 52
ifsi.secretariat@ch-compiegnenoyon.fr
N° SIRET : 200 034 650 00040
N° existence : 22.60027 15 60 - Code APE : 8532Z

NOYON
Avenue Alsace Lorraine – BP 159
60 406 NOYON CEDEX
Tél : 03 44 44 43 08 - Fax : 03 44 44 43 09
ecole.as@ch-compiegnenoyon.fr
N° SIRET : 200 034 650 00115

**Autorisation parentale pour un(e) étudiant(e) en soins infirmiers**

**UNIQUEMENT POUR LES MINEURS A LA DATE DE LA RENTRÉE**

Je soussigné(e) (responsable légal) …….,

demeurant à …….,

autorise mon enfant (nom, prénom et date de naissance) …….

à suivre la formation en soins infirmiers à l'IFSI du Centre Hospitalier Intercommunal COMPIEGNE/NOYON.

Fait à …….. Signature du responsable légal de l'enfant

Le ……..

COMPIÈGNE NOYON
Centre Hospitalier Intercommunal

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS
INSTITUT DE FORMATION D'AIDES SOIGNANTS
*DIRECTION IFSI-IFAS*

COMPIEGNE
5, Rue de Bourgogne – BP 50 029
60 321 COMPIEGNE CEDEX
Tél : 03 44 23 68 50 - Fax : 03 44 23 68 52
ifsi.secretariat@ch-compiegnenoyon.fr

NOYON
Avenue Alsace Lorraine – BP 159
60 406 NOYON CEDEX
Tél : 03 44 44 43 08 - Fax : 03 44 44 43 09
ecole.as@ch-compiegnenoyon.fr

# CERTIFICAT MEDICAL

## Emanant obligatoirement d'un médecin agréé par l'ARS

## Pour l'année de formation 2026/2027

Je soussigné(e) Dr ……, médecin agréé,

certifie que ……..

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

Fait à ……

Le ……

**CACHET ET SIGNATURE DU MEDECIN AGRÉÉ**

COMPIÈGNE NOYON
Centre Hospitalier Intercommunal

**INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS**
**INSTITUT DE FORMATION D'AIDES SOIGNANTS**

*DIRECTION IFSI-IFAS*

COMPIEGNE
5, Rue de Bourgogne – BP 50 029
60 321 COMPIEGNE CEDEX
Tél : 03 44 23 68 50 - Fax : 03 44 23 68 52
ifsi.secretariat@ch-compiegnenoyon.fr
N° SIRET : 200 034 650 00040
N° existence : 22.60027 15 60 - Code APE : 8532Z

NOYON
Avenue Alsace Lorraine – BP 159
60 406 NOYON CEDEX
Tél : 03 44 44 43 08 - Fax : 03 44 44 43 09
ecole.as@ch-compiegnenoyon.fr
N° SIRET : 200 034 650 00115

Vous devrez fournir cette fiche de vaccinations **au plus tard le jour de la rentrée**.

**NOM DE NAISSANCE : ……NOM D'USAGE : ……**

**PRENOM : …… DATE ET LIEU DE NAISSANCE :……**

**TELEPHONE PORTABLE :…….. EMAIL: ……**

**ANNÉE DE FORMATION :** Etudiant(e) en soins infirmiers de L…..

**Si vous n'êtes pas à jour de vos vaccinations OBLIGATOIRES,** vous ne serez pas autorisé(e) à aller en stage.

| **VACCINATIONS OBLIGATOIRES** | |
|---|---|
| **DTP ou DTcP** | Dernier rappel<br>Date : Vaccin : |
| **Hépatite B** | **Rappel des conditions d'immunisation**<br>**1 – Ac anti-HBS > 100 (quel que soit l'histoire vaccinale et ancienneté des résultats)**<br>**2 – Ac anti-HBS > 10 et Ac anti-HBC négatif (si schéma complet)** |
| | Schéma complet :<br>- Classique : 3 doses selon le schéma 0, 1 mois et 6 mois après la première dose<br>- Adolescent (11 à 15 ans) : 2 doses espacées de 6 mois avec Engérix B20<br>- Accéléré (exceptionnel) : 3 doses en 21 jours, rappel à 1 an avec Engérix B20<br>1ère dose : Date : ……Vaccin :<br>2ème dose : Date : ……Vaccin :<br>3ème dose : Date : ……Vaccin :<br>Injections supplémentaires :<br>4ème dose : Date : ……Vaccin :<br>5ème dose : Date : ……Vaccin :<br>6ème dose : Date : ……Vaccin : |
| **Sérologie Hépatite B** | Date :<br>Ac anti-HBS : ……Ac anti-HBC :……<br>Joindre les résultats du laboratoire |
| **VACCINATIONS RECOMMANDÉES** | |
| **ROR**<br>**(Rougeole, Oreillons, Rubéole)** | 1ère dose : Date : ……Vaccin :<br>2ème dose : Date : ……Vaccin :<br>Si né(e) avant 1980, 1 seule dose ROB<br>Si né(e) après 1980, 2 doses ROB |
| **Grippe et Covid** | Date de la dernière injection : |

| | |
|---|---|
| Je soussigné, Dr ……certifie que les renseignements inscrits ci-dessus sont exacts | Date :<br>Signature et cachet : |

**L'Arrêté du 21 Avril 2007 modifié par l'arrêté du 17 Avril 2018**
**Relatif aux conditions de fonctionnement des Instituts de Formations Paramédicaux**

***Vaccinations pour l'entrée en formation et suivi médical des étudiants***

***Art. 54*** *L'admission définitive dans un institut de formation préparant à l'un des diplômes visés à l'article 1er du présent arrêté est subordonnée :*

*a) A 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 et psychologique à l'exercice de la profession ;*

*Pour les candidats à l'entrée dans les instituts de formation de manipulateurs d'électroradiologie médicale, ce certificat mentionne que la numération globulaire et la formule sanguine sont normales et atteste notamment de l'absence de contre-indication à l'utilisation d'appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM).*

*b) A 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.*

COMPIÈGNE NOYON
Centre Hospitalier Intercommunal

**INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS**
**INSTITUT DE FORMATION D'AIDES SOIGNANTS**

***DIRECTION IFSI-IFAS***

COMPIEGNE
5, Rue de Bourgogne – BP 50 029
60 321 COMPIEGNE CEDEX
Tél : 03 44 23 68 50 - Fax : 03 44 23 68 52
ifsi.secretariat@ch-compiegnenoyon.fr

NOYON
Avenue Alsace Lorraine – BP 159
60 406 NOYON CEDEX
Tél : 03 44 44 43 08 - Fax : 03 44 44 43 09
ecole.as@ch-compiegnenoyon.fr

# CERTIFICAT MEDICAL A FAIRE REMPLIR PAR VOTRE

# MÉDECIN TRAITANT

# Pour l'année de formation 2026/2027

Je soussigné(e) Dr …….,

certifie que ……..

est apte physiquement et psychologiquement à l'exercice de la profession Infirmière et que ses vaccinations sont à jour.

Fait à …….

Le …….

**CACHET ET SIGNATURE DU MEDECIN**

COMPIÈGNE NOYON
Centre Hospitalier Intercommunal

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS
INSTITUT DE FORMATION D'AIDES SOIGNANTS
*DIRECTION IFSI-IFAS*

COMPIEGNE
5, Rue de Bourgogne – BP 50 029
60 321 COMPIEGNE CEDEX
Tél : 03 44 23 68 50 - Fax : 03 44 23 68 52
ifsi.secretariat@ch-compiegnenoyon.fr
N° SIRET : 200 034 650 00040
N° existence : 22.60027 15 60 - Code APE : 8532Z

NOYON
Avenue Alsace Lorraine – BP 159
60 406 NOYON CEDEX
Tél : 03 44 44 43 08 - Fax : 03 44 44 43 09
ecole.as@ch-compiegnenoyon.fr
N° SIRET : 200 034 650 00115

# Fiche de prise en charge financière

Ce document est indispensable pour la prise en charge du coût pédagogique de votre formation par la Région des Hauts-de-France.

Tout renseignement erroné pourrait entrainer votre engagement à régler le montant total des frais de votre scolarité.

Nom de Naissance : ..... Prénom : .....

Nom d'usage : .....

Date de naissance : .....

**La Région Hauts de France finance les parcours de formation des personnes répondant aux statuts suivants à la date de clôture des dossiers d'inscription aux épreuves de sélection ou la date de clôture sur Parcoursup :**

| **1 – Elève en poursuite de scolarité :** | Oui ☐ | Non ☐ |
|---|---|---|
| • **sans interruption** | ☐ | |
| • **avec interruption depuis moins d'un an ou année scolaire** | ☐ | |
| • **ayant effectué leur service civique** | ☐ | |
| Si oui, préciser votre dernière situation (établissement, niveau, etc…)<br>.....<br>***Justificatif de votre situation à fournir : Certificat de scolarité de l'année 2024-2025 ou certificat de scolarité de l'année 2023-2024 accompagné de l'attestation de service civique si effectué et signer impérativement la page 5 de la fiche de prise en charge financière.*** | | |

| | | |
|---|---|---|
| **2 – Demandeur d'emploi (indemnisé ou non) ou salariés en emploi précaire** | Oui ☐ | Non ☐ |
| • **Personne sans contrat de travail avec ou sans indemnisation de France Travail** | ☐ | |
| • **Personne titulaire d'un CDD y compris de la fonction publique** | ☐ | |
| • **Personne titulaire d'un contrat d'apprentissage ou de professionnalisation achevés avant l'entrée en formation** | ☐ | |
| • **Personne titulaire d'un contrat de travail temporaire** | ☐ | |
| • **Personne titulaire d'un CDI de 87 heures/mois ou moins** | ☐ | |
| • **Personne ayant fait l'objet d'un licenciement après la clôture des inscriptions (hors abandon de poste qui sont assimilés à des démissions)** | ☐ | |
| • **Militaire sous contrat ayant un projet de reconversion validée par leur institution(exceptés les militaires de carrière)** | ☐ | |
| Si vous êtes inscrit en tant que demandeur d'emploi :<br>N° identifiant France Travail : .....<br>Date d'inscription à France Travail : .....<br>Indemnisation par France Travail : Oui ☐ Non ☐<br>***Fournir une a*ttestation d'ouverture de vos droits à France Travail, datée de moins d'un mois**<br>Dans tous les cas,<br>***Fournir un justificatif selon votre situation***<br>***Signer impérativement la page 5 de la fiche de prise en charge financière.*** | | |
| **3 – Personne bénéficiant d'un Contrat de Sécurisation Professionnelle (CSP)**<br>Sont éligibles les personnes dont le CSP prend fin avant l'entrée en formation.<br>Sont éligibles les personnes qui ne peuvent pas bénéficier d'une prise en charge complète de leur parcours via le CSP. Dans ce cas la Région financera la totalité du parcours | Oui ☐ | Non ☐ |
| ***Fournir un justificatif selon votre situation et signer impérativement la page 5 de la fiche de prise en charge financière.*** | | |
| **4 – Les démissionnaires d'un CDI de + 87 heures/mois uniquement dans le cadre de démissions légitimes ou les salariés démissionnaires entant dans le dispositif « démission-reconversion » dont le premier rendez-vous avec un conseil en évolution professionnel a eu lieu avant la date de clôture des inscriptions à la sélection** | Oui ☐ | Non ☐ |
| Si démissionnaire d'un CDI,<br>N° identifiant France Travail : .....Date d'inscription à France Travail : .....<br>Indemnisation par France Travail : Oui ☐ Non ☐<br>*Justificatif de votre démission dans le cadre des démissions légitimes et si vous l'avez* attestation d'ouverture de vos droits France Travail, datée de moins d'un mois<br>Si démission-reconversion, à quelle date avez-vous eu votre premier rendez-vous : .....<br>*Fournir le justificatif du rendez-vous*<br>***Signer impérativement la page 5 de la fiche de prise en charge financière.*** | | |

*DIRECTION IFSI-IFAS*
COMPIEGNE
5, Rue de Bourgogne – BP 50 029
60 321 COMPIEGNE CEDEX
Tél : 03 44 23 68 50 - Fax : 03 44 23 68 52
ifsi.secretariat@ch-compiegnenoyon.fr

NOYON
Avenue Alsace Lorraine – BP 159
60 406 NOYON CEDEX
Tél : 03 44 44 43 08 - Fax : 03 44 44 43 09
ecole.as@ch-compiegnenoyon.fr

La Région Hauts de France ne finance pas les parcours de formation pour les personnes répondant aux statuts suivants :

- Les **travailleurs non-salariés** (autoentrepreneurs, commerçants, professions libérales, …) ;
- Les personnes ayant signé **une rupture conventionnelle** d'un CDI après la date de clôture des dossiers d'inscription aux épreuves de sélection (FCP ou parcoursup) ;
- Les **non actifs non-inscrits à France Travail** (retraités, …) ;
- Les **travailleurs salariés** (CDI de plus de 87h/mois, les personnes en congé parental, les personnes en contrat d'apprentissage ou de professionnalisation pour la formation concernée, les agents des différentes Fonctions Publiques) ;
- Les salariés et agents de la fonction publique en disponibilité, inscrits ou non à France Travail ;
- Les personnes bénéficiant du financement de leur formation dans le cadre d'un **contrat de sécurisation professionnelle**-CSP (sauf cas particuliers cf article IV-C-2-3) ;
- Les candidats étrangers qui ne sont pas en règle de leurs obligations pour étudier sur le territoire national.

**Si le coût de votre formation n'est pas financé par la Région, merci de nous indiquer par quel moyen sera financée celle-ci :**

| **Promotion Professionnelle** | | |
|---|---|---|
| Salarié(e) en Promotion Professionnelle | Oui ☐ | Non ☐ |
| Si oui, établissement employeur : ……<br>Adresse : ……<br>……<br>Signataire des conventions financières (Nom, Prénom et fonction) :<br>……<br>Personnes à contacter pour la prise en charge de votre formation (Nom, Prénom, fonction, téléphone et adresse mail) :<br>……<br>……<br>……<br>*Justificatif de votre situation à fournir : Attestation de prise en charge de la formation par votre employeur* ***et signer impérativement la page 5 de la fiche de prise en charge financière.*** | | |

| **Congé individuel de Formation** | | |
|---|---|---|
| Salarié(e) en Congé Individuel de Formation | Oui ☐ | Non ☐ |
| Si oui, nom de l'organisme : ……<br>Adresse de l'organisme : ……<br>……<br>N° de dossier : ……<br>Nom de l'employeur : ……<br>Adresse de l'employeur : ……<br>……<br>Personnes à contacter pour la prise en charge de votre formation (Nom, Prénom, fonction, téléphone et adresse mail) :<br>……<br>……<br>*Justificatif de votre situation à fournir : Attestation de prise en charge de la formation par l'organisme* ***et signer impérativement la page 5 de la fiche de prise en charge financière.*** | | |

*DIRECTION IFSI-IFAS*
COMPIEGNE
5, Rue de Bourgogne – BP 50 029
60 321 COMPIEGNE CEDEX
Tél : 03 44 23 68 50 - Fax : 03 44 23 68 52
ifsi.secretariat@ch-compiegnenoyon.fr

NOYON
Avenue Alsace Lorraine – BP 159
60 406 NOYON CEDEX
Tél : 03 44 44 43 08 - Fax : 03 44 44 43 09
ecole.as@ch-compiegnenoyon.fr

| **Prise en charge personnelle** | | |
|---|---|---|
| | Oui ☐ | Non ☐ |

Si oui, situation actuelle : .....

Si vous ne bénéficiez d'aucune prise en charge financière du coût de votre formation ci-dessus, vous vous engagez à régler les coûts pédagogiques de formation.

A savoir, 6 975,30 € par année de formation pour la promotion 2025/2028. Soit 20 925.90 € pour l'ensemble de la formation.

Dans ce cas, une convention sera signée avant votre entrée en formation.

***Signer impérativement ci-dessous.***

Je soussigné(e), ……., atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnées sur ce document « fiche de prise en charge financière ».

A : ……., le : ……

**Signature du candidat :**

COMPIÈGNE NOYON
Centre Hospitalier Intercommunal

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS
INSTITUT DE FORMATION D'AIDES SOIGNANTS

*DIRECTION IFSI-IFAS*

COMPIEGNE
5, Rue de Bourgogne – BP 50 029
60 321 COMPIEGNE CEDEX
Tél : 03 44 23 68 50 - Fax : 03 44 23 68 52
ifsi.secretariat@ch-compiegnenoyon.fr
N° SIRET : 200 034 650 00040
N° existence : 22.60027 15 60 - Code APE : 8532Z

NOYON
Avenue Alsace Lorraine – BP 159
60 406 NOYON CEDEX
Tél : 03 44 44 43 08 - Fax : 03 44 44 43 09
ecole.as@ch-compiegnenoyon.fr
N° SIRET : 200 034 650 00115

# INFORMATIONS GENERALES
# RENTREE 2026/2027

**Rentrée :**

La rentrée scolaire aura lieu le 31 Août 2026 pour les futurs étudiants de L2 et L3. Pour l'heure de rentrée, merci de vous référer aux plannings.

La rentrée scolaire aura lieu le 1er Septembre 2026 à 9h30 pour les futurs étudiants de L1.

**Repas :**

Les déjeuners peuvent être pris au self du Centre Hospitalier à Compiègne au 8, Avenue Henri Adnot (système de carte magnétique).

Pour obtenir une carte de self, vous devez adresser un mail à la DALTTE du CHICN à daetb.secretariat1@ch-compiegnenoyon.fr ou daetb.secretariat2@ch-compiegnenoyon.fr en indiquant vos nom et prénom et en indiquant que vous êtes étudiant à l'IFSI. Vous pouvez également appeler le secrétariat au 03.44.23.60.79/60.80. Une fois la demande effectuée, la DALTTE du CHICN adressera au secrétariat de l'IFSI votre carte de self et vous pourrez la récupérer à l'accueil.

Le restaurant universitaire est accessible aux étudiants en soins infirmiers, sur présentation de la carte d'étudiant. Il est ouvert midi et soir du lundi au samedi et le dimanche midi.

Vous pourrez également prendre un repas à consommer à l'Institut qui met à votre disposition des micro-ondes, distributeurs de boissons et confiseries et des fontaines à eau.

Attention, ceci sous réserve que les locaux restent propres. Dans le cas contraire, une interdiction sera mise en place.

**Hébergement :**

Vous pouvez demander un logement à l'IFSI, pour cela vous devez en faire la demande à jo.droniou@ch-compiegnenoyon.fr .Pour demander un logement à l'IFSI, vous devez auparavant avoir procéder à votre inscription à l'UPJV et à l'IFSI.

Vous pouvez aussi faire une demande de logement auprès du CROUS : https://www.messervices.etudiant.gouv.fr.

Vous pouvez également avoir des résidences « réservées » aux étudiants, elles sont gérées par des structures privées sans lien avec le CROUS.

Enfin, vous pouvez consulter le site internet de l'IFSI https://www.ifsi-ifas-compiegnenoyon.com/ sur lequel sont déposées régulièrement des offres de logement. Ces offres sont disponibles dans l'onglet « étudier à l'institut » puis « offres de logements »

Vous pouvez vous renseigner pour les aides au logement auprès de la Caisse d'Allocations Familiales.

**Bourses :**

Le dépôt des demandes de bourses d'études sanitaires et sociales (BESS) auprès de la région des Hauts de France est totalement dématérialisé (demande et pièces). Vous pouvez la réaliser sur la plateforme suivante : https ://aides.hautsdefrance.fr**.**

**Vous devez impérativement scanner toutes vos pièces justificatives sur la plateforme. Aucune pièce justificative ne devra être adressée à l'IFSI.**

Pour toutes questions, vous pourrez contacter le service des bourses sanitaires et sociales au numéro vert suivant : 0800 02 60 80 ou par le formulaire de contact en ligne https ://www.hautsdefrance.fr/aides-contact/ ou vous rapprocher des maisons de la Région des Hauts de France.

**Référent handicap :**

Pour toute demande d'aménagement de la formation, vous pouvez contacter Madame Nathalie HARDIER, Référente handicap au sein de l'IFSI, par mail à n.hardier@ch-compiegnenoyon.fr .

**Vaccinations obligatoires :**

Nous avons été informés par l'ARS des Hauts de France d'une évolution de règlementation relative à la vaccination obligatoire des étudiants en santé.

En effet, l'article 55 de la Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2026 instaure une nouvelle obligation d'immunisation contre la rougeole pour les étudiants ainsi que pour les professionnels de santé pour lesquels cette vaccination était jusqu'à présent recommandée.

A ce jour, les textes règlementaires nécessaires à l'application de cette disposition n'ont pas encore été publiés. Leur publication est prévue au cours de l'été 2026.

C'est pourquoi, je vous invite d'ores et déjà à vérifier que vous êtes bien vacciné(e) contre la rougeole afin d'être à jour lorsque le texte sortira et donc pour vos prochains stages.