

LISTE DES PIÈCES À FOURNIR POUR

LA RENTRÉE DE SEPTEMBRE 2023 – Dossier à renvoyer avant le 04 Août 2023

- Pièce d'identité ;
- Relevé de notes du Baccalauréat ;
- Copie du diplôme du Baccalauréat ou autre diplôme ayant permis l'admission ;
- Attestation « Journée défense et citoyenneté » pour les candidats âgés de 16 à 25 ans ;
- La fiche de renseignements administratifs ;
- La fiche des personnes à prévenir en cas d'urgence ;
- 1 chèque d'un montant de 170 euros établi à l'ordre du Trésor Public représentant les droits annuels d'inscription ;
- Une attestation CPAM couvrant l'année scolaire 2023/2024 (jusqu'en juillet 2024) ;
- Une attestation de paiement de la CVEC. (Voir notice d'explication ci-jointe). 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 2023/2024 ;
- 1 certificat médical émanant d'un médecin agréé (voir liste ci-jointe) attestant que vous présentez les aptitudes physiques et psychologiques nécessaires à l'exercice de la profession. 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 :
 - les dates de vaccinations antidiptérique, antitétanique, antipoliomyélique et contre l'hépatite B ;
 - pour les personnes ayant été vaccinées antérieurement pour l'hépatite B, il sera demandé un dosage des anticorps pour vérifier la couverture vaccinale ;
 - Le résultat du test tuberculique positif ou préciser que deux tentatives infructueuses de vaccination par le BCG ont été effectuées ;
 - La vaccination de la grippe est conseillée ;
 - La vaccination de la COVID est recommandée (merci de joindre le certificat de vaccination ou le certificat de contamination à la COVID si vous l'avez).

Cette fiche devra être remise **obligatoirement le 04 Septembre 2023** afin d'être à jour et que la médecine du travail puisse contrôler vos dossiers avant votre départ en stage.

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

- Inscription à l'UPJV sur l'ENT d'Amiens – Veuillez-vous rapprocher de votre secrétaire à la rentrée ;
- L'autorisation individuelle d'être filmé(e), photographié(e) ou interviewé(e) ;
- La fiche de prise en charge financière ;
- Attestation B2. Cette dernière concerne les candidats n'ayant pas la nationalité française et ayant obtenu un diplôme à l'étranger ;
- Attestation ENIC NARIC pour les candidats ayant obtenu un diplôme à l'étranger.
- Autorisation parentale (uniquement pour les candidats mineurs).

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 remboursement de frais kilométriques lors des stages.

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

ANNEE SCOLAIRE 2023/2024

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 :

.....

N° de téléphone fixe :

N° de portable :

Adresse Mail :

ADRESSE PRINCIPALE :

.....

N° de téléphone :

Possédez-vous un permis de conduire ? Oui Non

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

B – Cycle universitaire ou préparation au concours :

- Nom de l'établissement fréquenté et lieu :
.....
- 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
*	*	*
*	*	*
*	*	*
*	*	*

Date

Signature de l'étudiant(e)

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

ANNEE SCOLAIRE 2023/2024

(Merci d'indiquer au minimum 1 personne)

NOM DE NAISSANCE ET PRENOM DE L'ETUDIANT :

Année de formation : L1 L2 L3

Personne à contacter n°1 :

Lien de parenté :

Nom :Prénom :

Téléphone fixe :Téléphone portable :

Personne à contacter n°2 :

Lien de parenté :

Nom :Prénom :

Téléphone fixe :Téléphone portable :

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 COMPIÈGNE 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

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

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 COMPIÈGNE/NOYON.

Fait à

Signature du responsable légal de l'enfant

Le

Prévention des risques biologiques, vaccinations obligatoires pour l'entrée en formation paramédicales

NOM DE NAISSANCE :

NOM D'USAGE :

PRENOM :

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

TYPES ET DATES DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES		
BCG	Type d'injection	Date
1 ^{ère} vaccination		
INTRA DERMOREACTION (I.D.R.)	Date :	
- Le mono test n'est pas réglementaire.	Lecture : induration en mm	<input type="text"/>
DIPHTERIE – TETANOS – POLIO	Type d'injection	Date
1 ^{ère} vaccination		
2 ^{ème} vaccination		
3 ^{ème} vaccination		
Dernier rappel		
ROUGEOLE-OREILLONS-RUBEOLE	Type d'injection	Date
1 ^{ère} vaccination		
2 ^{ème} vaccination		

A eu une rougeole le	
A eu les oreillons le	
A eu une varicelle le	

↪ Tournez la page

TYPES ET DATES DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES		
HEPATITE B <u>Si vaccination déjà effectuée</u>	Type d'injection	Date
1^{ère} dose		
2^{ème} dose		
3^{ème} dose		
4^{ème} dose ou rappel		
DOSAGE ANTICORPS Pour les personnes déjà vaccinées (Se référer au schéma) Anti Hbs post-vaccinaux Obligatoire +++ (Taux minimum de couverture : supérieur à 10)	Résultat	Date
Vaccination COVID recommandée <u>Joindre le certificat</u>	Date de la dernière injection ou date de la dernière infection	

Si vaccination non effectuée pour l'hépatite B

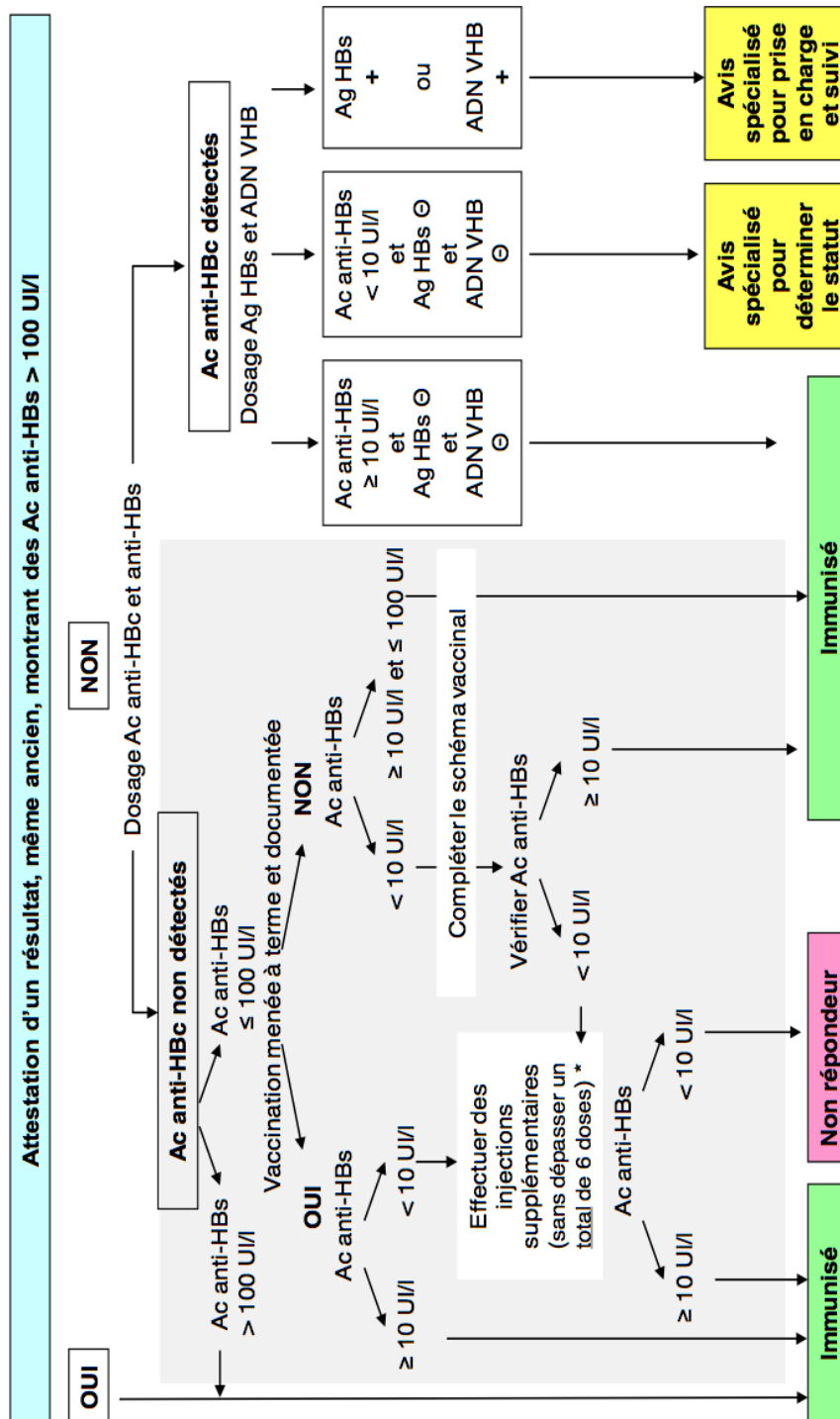
Un schéma accéléré :

- Pour Engerix B20 : J0, J7, J21 et rappel à 12 mois
- Pour Genhevac : J0, J10, J21 et rappel à 12 mois
- une 4^{ème} dose un an après la première injection est indispensable pour la protection à long terme.

SOURCE : Hépatites Info Service : <https://www.hepatites-info-service.org/?Schema-vaccinal-contre-l-hepatite>

MEDECIN:	NOM :	Prénom :
Date :		
Cachet :	Signature :	

Algorithme pour le contrôle de l'immunisation des professionnels de santé



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

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

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.

LE SCHEMA « ACCELERE »

Dans certains cas particuliers, exemple :

- étudiants des écoles médicales et paramédicales

Un schéma accéléré peut alors être proposé :

- J0, J7, J21 pour GENHEVAC B[®] ;
- J0, J10, J21 pour ENGERIX B[®] ;
- une 4^{ème} dose un an après la première injection est indispensable pour la protection à long terme.

SOURCE : Hépatites Info Service : <https://www.hepatites-info-service.org/?Schema-vaccinal-contre-l-hepatite>

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 entraîner 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 sans interruption	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, préciser ci-dessous votre situation sur l'année 2022-2023 : établissement et niveau <i>Justificatif de votre situation à fournir : Certificat de scolarité de l'année 2022-2023</i>		
2 – Elève en poursuite de scolarité avec interruption depuis moins d'un an	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, préciser ci-dessous votre dernière situation : année scolaire, établissement et niveau <i>Justificatif de votre situation à fournir : Certificat de scolarité de l'année N-1 et attestation de service civique si vous êtes concerné.</i>		
3 – Demandeur d'emploi (indemnisé ou non)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, N° identifiant Pole Emploi : Date d'inscription à Pole Emploi : Indemnisation par Pole Emploi : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <i>Justificatif de votre situation à fournir : Attestation d'ouverture de vos droits Pôle Emploi, datée de moins d'un mois</i>		

4 – Les démissionnaires d’un CDI de + 20h/semaine uniquement dans le cadre de démissions légitimes (https://www.pole-emploi.fr/candidat/mes-droits-aux-aides-et-allocati/a-chaque-situation-son-allocatio.html)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<p>Si oui, N° identifiant Pole Emploi :</p> <p>Date d’inscription à Pole Emploi :</p> <p>Indemnisation par Pole Emploi : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p><i>Justificatif de votre démission dans le cadre des démissions légitimes et si vous l’avez attestation d’ouverture de vos droits Pôle Emploi, datée de moins d’un mois</i></p>		

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 **abandons de poste** après la date de clôture des dossiers d’inscription aux épreuves de sélection (FCP ou parcoursup) ;
- Les **non actifs non-inscrits à Pôle Emploi** (retraités, personne au foyer, ...)
- Les **travailleurs salariés** (CDI de plus de 20h, les salariés en disponibilité, les personnes en congé parental, les apprentis, les contrats de professionnalisation, les agents de la Fonction Publique, ...)
- Les personnes accompagnées dans le cadre d’un **contrat de sécurisation professionnelle** (CSP).

Autres possibilités de prise en charge du coût pédagogique de votre formation :

Promotion Professionnelle		
Salarié(e) en Promotion Professionnelle	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, établissement employeur :		
Adresse :		
.....		
Signataire des conventions financières (Nom, Prénom et fonction) :		
Personnes à contacter pour la prise en charge de votre formation (Nom, Prénom, fonction, téléphone et adresse mail) :		
<i>Justificatif de votre situation à fournir : Attestation de prise en charge de la formation par votre employeur</i>		
Congé individuel de Formation		
Salarié(e) en Congé Individuel de Formation	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, nom de l'organisme :		
Adresse de l'organisme :		
.....		
N° de dossier :		
Nom de l'employeur :		
Adresse de l'organisme :		
.....		
Personnes à contacter pour la prise en charge de votre formation (Nom, Prénom, fonction, téléphone et adresse mail) :		
<i>Justificatif de votre situation à fournir : Attestation de prise en charge de la formation par l'organisme</i>		

Prise en charge personnelle		
	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<p>Si oui, situation actuelle :</p> <p>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.</p> <p>A savoir, 7 371,60 € par année de formation pour la promotion 2023/2026.</p>		

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

A :, le :

Signature du candidat :

INFORMATIONS GENERALES RENTREE 2023/2024

Rentrée :

Le jour de la rentrée est le 04 Septembre 2023. L'heure de rentrée sera communiquée par voie d'affichage à l'IFSI.

Vous serez susceptible de devoir vous procurer pendant vos années de formation des ouvrages.

A ce jour, nous sommes dans l'impossibilité de vous communiquer les noms et les coûts de tous les ouvrages.

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 DALT du CHICN à daetb.secretariat1@ch-compiegneoyon.fr ou daetb.secretariat2@ch-compiegneoyon.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 DALT 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 mais ceci sous réserve que les locaux restent propres. Dans le cas contraire, une interdiction sera mise en place.

Hébergement :

L'IFSI dispose de quelques studios qui sont mis à disposition des étudiants. Si vous souhaitez faire une demande de logement, il convient de faire un courrier à la Directrice de l'établissement.

Vous pouvez demander une chambre dans une résidence universitaire. Il vous appartient de faire les démarches nécessaires auprès du CROUS.

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

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

Bourses :

Concernant les bourses régionales pour l'année scolaire 2023/2024, vous pouvez dès maintenant et ce pendant toute l'année scolaire déposer un dossier sur la plateforme en utilisant l'adresse de connexion 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.