

INSTITUT DE FORMATIONS EN SOINS INFIRMIERS ESQUIROL 5 Avenue Esquirol 69424 LYON CEDEX 03 TEL : 04 72 11 79 02		Avec le soutien financier de :  La Région Auvergne-Rhône-Alpes
DOSSIER D'INSCRIPTION FORMATION INFIRMIERE IFSI ESQUIROL CANDIDAT(E) ADMIS(E) VIA LA PLATEFORME PARCOURSUP 2026		

TRES IMPORTANT - L'inscription à la formation se déroule en 2 étapes :

Etape 1 : Remplir ce dossier d'inscription

Etape 2 : S'inscrire auprès de l'université (un lien vous sera adressé par mail en retour de votre dossier IFSI complet)

⚠ Sans inscription auprès de l'IFSI et de l'université, votre inscription ne pourra pas être confirmée.

1. PIECES ADMINISTRATIVES OBLIGATOIRES A FOURNIR

Pour votre dossier administratif :

- Une photo d'identité numérisée** devant répondre à la norme ISO/IEC 19794-5 (disponible via les photographes agréés et/ cabines photo automatiques agréées - **cf annexe 1**) **format JPG taille maximum 100 ko** à nous retourner par mail : hcl.secretariat-ifs-i-esqui@chu-lyon.fr en indiquant votre N° Parcoursup, Nom, Prénom, date de naissance.
- La fiche « **Renseignements administratifs** » dûment complétée, accompagnée des pièces justificatives
- L'attestation d'admission en 1ère année de l'enseignement supérieur 2026/2027 à télécharger via Parcoursup**
- Deux photocopies** (recto-verso) d'une **pièce d'identité** en cours de validité
- Deux attestations de droit d'une assurance maladie** qui couvre l'année scolaire 2026/2027
- Un justificatif de votre inscription à France travail** si vous êtes demandeur d'emploi
- La photocopie du ou des diplômes détenus** (Diplôme baccalauréat ou équivalent ; ou autre diplôme vous permettant d'entrer en IFSI)
- La photocopie de vos bulletins de notes saisis sur Parcoursup**

⚠ Les diplômes originaux ainsi que l'original du relevé de notes du baccalauréat seront à présenter lors de votre convocation sur l'institut

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pour tout diplôme étranger : une attestation de comparabilité de diplôme(s) délivrée par ENIC-NARIC et une traduction en français par un traducteur agréé auprès des Tribunaux français est exigée. Les diplômes originaux seront à présenter lors de votre convocation sur l'Institut. <input type="checkbox"/> Une attestation de langue B2 française pour les candidats étrangers (datée de moins de 2 ans) |
|--|

Pour votre dossier « Stage » :

- La fiche « **Renseignements 2026 pour le versement d'indemnités de stages/de transports des Etudiants de l'IFSI** » renseignée, datée et signée
- Un relevé d'identité bancaire** (RIB) ou postal (RIP) à votre nom
- Deux attestations de responsabilité civile** pour l'année 2026-2027, couvrant les risques suivants : accidents corporels causés aux tiers, accidents matériels causés aux tiers, dommages immatériels. L'IFSI couvre les risques professionnels.
- Si vous avez des **enfants**, une photocopie du livret de famille

La fiche « **Attestation médicale de vaccinations et d'immunisation** » (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Hépatite B), renseignée, datée et signée. Elle doit être envoyée **avant le 24 juillet 2026** à l'adresse suivante : **GROUPEMENT HOSPITALIER CENTRE SECTEUR Secrétariat de Médecine et Santé au Travail 5 Place d'Arsonval Bâtiment 13 69437 LYON CEDEX 03**



ATTENTION : Aucun départ en stage ne sera possible sans votre attestation de responsabilité civile et sans votre attestation médicale de vaccination et d'immunisation.

2. INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

2.1 La Sécurité sociale

A la rentrée 2025, vous ne changez **pas de régime obligatoire** d'assurance maladie pour le remboursement de vos frais de santé. **Vous continuez d'être couvert(e) gratuitement**, en tant qu'assuré(e) autonome, par votre régime actuel de protection sociale (CPAM, MSA ou autres régimes spéciaux), généralement celui de vos parents ou tuteurs légaux.

Si vous relevez du régime général (CPAM), vous devez, si ce n'est pas déjà fait, **créer votre espace personnel ameli** (via le site internet www.ameli.fr ou l'application) et mettre à jour vos informations afin d'être bien pris(e) en charge. Vous pouvez aussi souscrire à une **complémentaire santé** pour un remboursement optimal de vos frais de santé. Cela peut être la mutuelle de vos parents, une mutuelle étudiante ou un autre organisme. Elle prendra en charge les 30% des frais qui ne sont généralement pas couverts par l'Assurance Maladie obligatoire.

3. COUTS, FRAIS DE FORMATION ET MODALITES DE REGLEMENT

3.1 Informations générales

- **Le coût annuel pédagogique de votre formation est pris en charge par la Région, si vous êtes en poursuite d'étude ou demandeur d'emploi**

- Etudiant(e)s bénéficiant d'une prise en charge financière en formation continue :
Le coût annuel pédagogique de la formation peut être pris en charge totalement ou en partie par l'organisme payeur (TRANSITION PRO, Employeur). Les frais annuels pédagogiques qui restent à votre charge seront calculés en fonction du taux de prise en charge financière par l'organisme payeur. Une convention tripartite (IFSI, Etudiant (e) et financeur) sera établie en début de formation.
Si vous avez reçu un accord de prise en charge financière, nous vous remercions de nous faire parvenir une copie au plus vite.
- Etudiant(e)s ne bénéficiant pas d'une prise en charge financière en formation continue :
Vous relevez du **statut d'autofinancement**. Vous bénéficiez d'un coût annuel pédagogique spécifique de la formation. Ces frais annuels qui sont à votre charge sont réajustés chaque année.
Pour l'année 2026-2027*, ils s'élèvent à :
 - **5 150.00 €** de coût pédagogique comprenant les frais d'inscription universitaire. Le paiement sera échelonné en 3 fois (30% à la signature de la convention, prorata moins les 30% en décembre et le reste à la fin de l'année scolaire). Une convention entre l'étudiant (e) et l'IFSI sera établie en début de formation.



Votre inscription ne sera définitive qu'après versement de vos frais de formation et inscription auprès de l'université.

* Au-delà du 31/12/2026 : tarifs indicatifs sous réserve de validation du catalogue des tarifs HCL 2027, 2028 et 2029 par le Directeur Général.

3.2 Aides financières

➤ Pass'Région

- Pour les candidats de terminale qui ont déjà le PASS'Région : une validation se fera à partir de votre n° de dossier qu'il faudra nous communiquer.
- Les autres étudiants éligibles doivent s'inscrire sur le site passregion.auvergnerhonealpes.fr et suivre les indications.

Le code établissement est : **ZHCL001F**

La validation permettant l'activation de la carte sera réalisée par l'IFSI après la rentrée scolaire.

➤ Bourse du Conseil Régional

Pour vous accompagner dans votre formation, la Région Auvergne Rhône-Alpes met à votre disposition un certain nombre d'aides. Pour pouvoir bénéficier de celles-ci, vous devez répondre à des critères sociaux spécifiques. Pour vérifier votre éligibilité à ces aides et accéder à la demande de bourse en ligne, consulter le site Internet de la Région : <https://bourses.auvergnerhonealpes.fr/>
(Formation sanitaires et sociales – Bourses régionales aux étudiants).

Le code établissement est : **8_h56qG**

- ⇒ Un dossier complet et instruit avant l'été permet d'assurer le 1^{er} versement de la bourse dès le mois de septembre.
- ⇒ Dès que le dossier est complet et instruit, l'étudiant reçoit sa notification. Si le dossier est favorable, l'étudiant reçoit une notification provisoire. Il peut ainsi justifier son statut de futur boursier sans attendre la rentrée.

Les étudiants boursiers doivent s'acquitter de la CVEC et seront remboursés après décision de la commission d'attribution des bourses.

4. LES FORMALITES ET DOCUMENTS ATTESTANT DE VOTRE INSCRIPTION DEFINITIVE

➤ **Le certificat de scolarité**

Deux certificats de scolarité vous seront remis la semaine de la rentrée **sous réserve d'avoir restitué vos pièces administratives et d'être à jour du règlement de vos frais de scolarité**. Aucun duplicata de certificat ne sera établi au cours de l'année de formation. **Veillez à faire des photocopies.**

Arnaud BARRAS

Directeur coordinateur générale des soins

Directeur IFSI des HCL



Carte d'identité / Passeport

Quelle photo ?

QUALITE

- Photo nette
- Sans pliure
- Ni trace

DIMENSIONS

- Taille de la photo : 3,5 cm (largeur) 4,5 cm (hauteur)
- Taille du visage : entre 3,2 et 3,6 cm (soit 70 à 80 % de la photo), du bas du menton au sommet du crâne (hors cheveux)

CONTRASTES

- Pas de surexposition ni sous-exposition
- Pas d'ombre
- Contrastes corrects

COULEURS

- Fond uni
- Couleur claire mais pas de fond blanc

EXPRESSION

- Tête droite et regard face à l'objectif
- Expression neutre
- Bouche fermée
- Yeux visibles et ouverts

CHEVEUX

- Tête nue sans chapeau, foulard, serre-tête ou objet décoratif
- Pas de cheveux sur le visage
- Pas de frange sur les yeux
- Visage dégagé

LUNETTES

- Pas de monture épaisse
- Pas de verres teintés
- Pas de reflets sur les verres



IFSI ESQUIROL
5 AVENUE ESQUIROL
69424 LYON CEDEX 03
TEL. : 04.72.11.79.02

HCL
HOSPICES CIVILS
DE LYON

LA
FORMATION

Avec le soutien financier de :



La Région
Auvergne-Rhône-Alpes

Fiche administrative Admission en 1^{ère} année de Formation en soins infirmiers
Année universitaire 2026/2027

Rentrée scolaire : le mardi 01 septembre 2026 à 9H00

ETAT-CIVIL

Madame Monsieur

Nom :

Nom d'usage (si différent) :

Prénom(s) :

Date de naissance : / /

Adresse :

Code postal : Ville : Pays :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Adresse e-mail (*) :@.....

***E-mail (obligatoire sous la forme « prénom nom @ moteur de recherche »)**

Tout changement d'adresse / de numéro de téléphone en cours d'année scolaire devra être signalé au secrétariat

SITUATION FAMILIALE

Célibataire Marié(e) Pacs Concubin(e) Divorcé(e) Veuf (ve)

Avez-vous des enfants ? Si oui, combien :

Année de naissance : .. . / . . . / . . . / . . . / . . . /

VACCINATION HÉPATITE B

OUI

NON

COORDONNEES DE LA PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

NOM et prénom :

Lien de parenté :

Adresse :

Téléphone Portable : Téléphone Fixe :

AIDE FINANCIERE

Demande de bourse régionale

La campagne de dépôt des demandes de bourse **est ouverte à partir du mois de juin 2026**.

Pour vous accompagner dans votre formation, la Région Auvergne Rhône-Alpes met à votre disposition un certain nombre d'aides. Pour pouvoir bénéficier de celles-ci, vous devez répondre à des critères sociaux spécifiques. Pour vérifier votre éligibilité à ces aides et accéder à la demande de bourse en ligne, consulter le site Internet de la Région : <https://bourses.auvergnerhonealpes.fr/> (Formation sanitaires et sociales – Bourses régionales aux étudiants).

Le code établissement est : **8_h56qG** _____

Autre (à préciser) Type d'aide :

STATUT ETUDIANT ET PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE

Poursuite d'études

Demandeur d'emploi : N°IDENTIFIANT France travail : (joindre votre attestation à votre dossier)

Date de la demande:

Zone géographique de rattachement de votre agence (indiquer le département):

Sans indemnités : ARE*: RFF*:

Promotion Professionnelle

SALARIE HCL

SALARIE AUTRE ETABLISSEMENT

Indiquer : nom et adresse de l'employeur prenant en charge le coût de la formation :

Congé de Formation Professionnelle (CFP)

Nom et adresse de l'employeur :

Indiquer : l'organisme prenant en charge le coût pédagogique de la formation (Transitions Pro, ANFH...)

Durée du CFP :

Si non prise en charge complète de la formation, part restante à la charge de l'étudiant :

L'organisme prend en charge vos salaires:

Autofinancement (pas de prise en charge financière par un employeur ou un organisme)

*ARE (Allocation de Retour à l'Emploi)

*RFF (Rémunération de Fin de Formation)

DEMANDE DE TIERS TEMPS OU AUTRE AMÉNAGEMENT EN FONCTION DE VOTRE HANDICAP :

OUI

NON

MOYEN DE LOCOMOTION

Train Voiture TCL Vélo Véhicule occasionnel

DIPLÔME PROFESSIONNEL

Titre du diplôme : Année d'obtention

CURSUS SCOLAIRES

Indiquez votre n° INE :

Il figure sur votre relevé de notes du baccalauréat. Il comprend 10 chiffres et doit se terminer par une lettre.

Baccalauréat : Série : année d'obtention :

Equivalence Baccalauréat : année d'obtention :

Validation des acquis : Région d'obtention : année d'obtention :

ETUDES EFFECTUEES DEPUIS LE BACCALAUREAT ET DIPLÔME OBTENU

Année scolaire	Discipline	Diplôme préparé	Diplôme obtenu	
20 . ./	OUI	NON
20 . ./	OUI	NON
20 . ./	OUI	NON
20 . ./	OUI	NON

AGENTS EN PROMOTION PROFESSIONNELLE

Nom de l'établissement de rattachement:

Date d'entrée:

Numéro de matricule :

QUALIFICATION :

A.S.H.

A.S.

Date d'obtention du DEAS :

A.P.

Date d'obtention du DEAP :

Autre

Préciser. :

Emploi occupé	Etablissement et service	Période



IFSI ESQUIROL
5, Avenue Esquirol
69424 LYON Cedex 03

Avec le soutien financier de :



PREPARATION DU PARCOURS DE STAGE

Afin d'organiser au mieux votre parcours de stage, nous vous remercions de bien vouloir renseigner les différentes rubriques suivantes :

NOM DE NAISSANCE : NOM D'USAGE :

Prénom : Date de naissance :

Adresse de l'étudiant pendant la formation :

..... Commune :

N° tel fixe : N° tel portable :

Adresse @ de l'étudiant :
.....

(*) Obligatoire sous la forme « [prénom.nom@moteur](#) de recherche »

Quel mode de transport utilisez-vous le plus souvent ?

**Renseignements complémentaires
Concernant l'expérience personnelle et/ou professionnelle dans le secteur sanitaire et/ou social**

	Lieu	Durée
Stages en secteur de soins ou paramédical effectués au cours de la scolarité antérieure		
Expérience professionnelle en qualité de : - Aide-soignant - Agent des services hospitaliers - Autre profession paramédicale ou hospitalière (secrétaire par ex) ?	Fonction et lieu	Durée
Connaissez-vous des personnes qui travaillent en secteur hospitalier ou extrahospitalier? Indiquer le lieu d'exercice ⇨	Etablissement	Unité de soins

**INSTITUT DE FORMATIONS EN
SOINS INFIRMIERS ESQUIROL**

5, Avenue Esquirol
69424 LYON CEDEX 03
TEL : 04 72 11 79 02



Avec le soutien financier de :



**FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2026
POUR LE VERSEMENT D'INDEMNITES DE STAGES / DE TRANSPORTS DES ETUDIANTS(ES) DE L'IFSI**

IDENTIFICATION DE L'ETUDIANT(E)

NOM de naissance : **NOM marital :**

PRENOMS :

Date de naissance : **Commune :**

Département de naissance : **Pays d'origine :**

Nationalité : **En cas de naturalisation, date :**

ADRESSE PERSONNELLE :
.....
.....

Adresse électronique@ personnelle :


Obligatoire sous la forme « [prénom.nom@moteur](#) de recherche »

NUMERO DE SECURITE SOCIALE : / / / / / / / / / /

SITUATION FAMILIALE : Célibataire Marié(e) Divorcé(e) PACS Concubin(e) Veuf (ve)

Fait à
Le

Signature

 <p>POLE DE SANTE PUBLIQUE Médecine et Santé au Travail</p>	<p>GROUPEMENT HOSPITALIER CENTRE SERVICE DE MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 5, PLACE D'ARSONVAL Batiment 13 69437 LYON CEDX 03</p>	<p>Candidat(e) à la formation IDE - Promotion 2026/2029</p>
--	--	---

Madame, Monsieur,

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

VACCINATION ANTI-HEPATITE B

Dans le cadre des stages cliniques puis de votre exercice professionnel, vous serez exposé(e) à des risques infectieux, 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. **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.

Les élèves et étudiants, conformément à la législation (arrêté du 02/08/2013), doivent justifier d'être immunisé(e) contre l'hépatite B dont les preuves sont : (voir protocole au dos)

- **Soit un taux d'anticorps anti-HBS > 100 UI/L (quelque soit l'ancienneté de la serologie)**
- **Soit la preuve d'avoir reçu une vaccination selon les recommandations ET un taux d'anticorps anti HBS > 10 UI/L ET l'antigène HBS indétectable sur le même prélèvement (quarante jours après la dernière injection).**

Pour les personnes non vaccinées, il est recommandé de débiter la vaccination **immédiatement** : plusieurs protocoles de vaccination existent, mais celui qui assure une immunité la plus fiable nécessite six mois : M0, M1, M6). (faire un contrôle serologique avant de débiter la vaccination)

VACCINATION DIPHTERIE - TETANOS - POLIO

Les rappels sont effectués à âges fixes (25 ans, 45 ans, 65 ans).

Ces vaccinations sont obligatoires pour les professionnels de santé. Il est de plus recommandé que les rappels comportent systématiquement la valence coqueluche.

VACCINATIONS fortement recommandées :

- ROR (Rougeole, Oreillons, Rubéole) :

- Pour les personnes nées avant 1980 : 1 dose de vaccin trivalent
- Pour les personnes nées depuis 1980 : 2 doses de vaccin trivalent (**après l'âge de 1 an**)

-Méningocoques

- Méningocoques ACWY : recommandé chez tous les adolescents âgés de 11 à 14 ans et dans le cadre du rattrapage vaccinal : entre 15 et 24 ans révolus.
- Méningocoque B : le vaccin peut être proposé aux personnes âgées de 15 à 24 ans révolus.

-Varicelle :

- Vaccination recommandée pour les personnes sans antécédent de varicelle et dont sérologie est négative

N.B. Si une vaccination est en cours, veuillez le préciser sur l'attestation de vaccinations, et transmettre par la suite, au Service de Médecine et Santé au Travail (adresse ci-dessous), toute vaccination complémentaire (ou résultat d'anticorps), pour mise à jour de votre dossier dans les plus brefs délais.

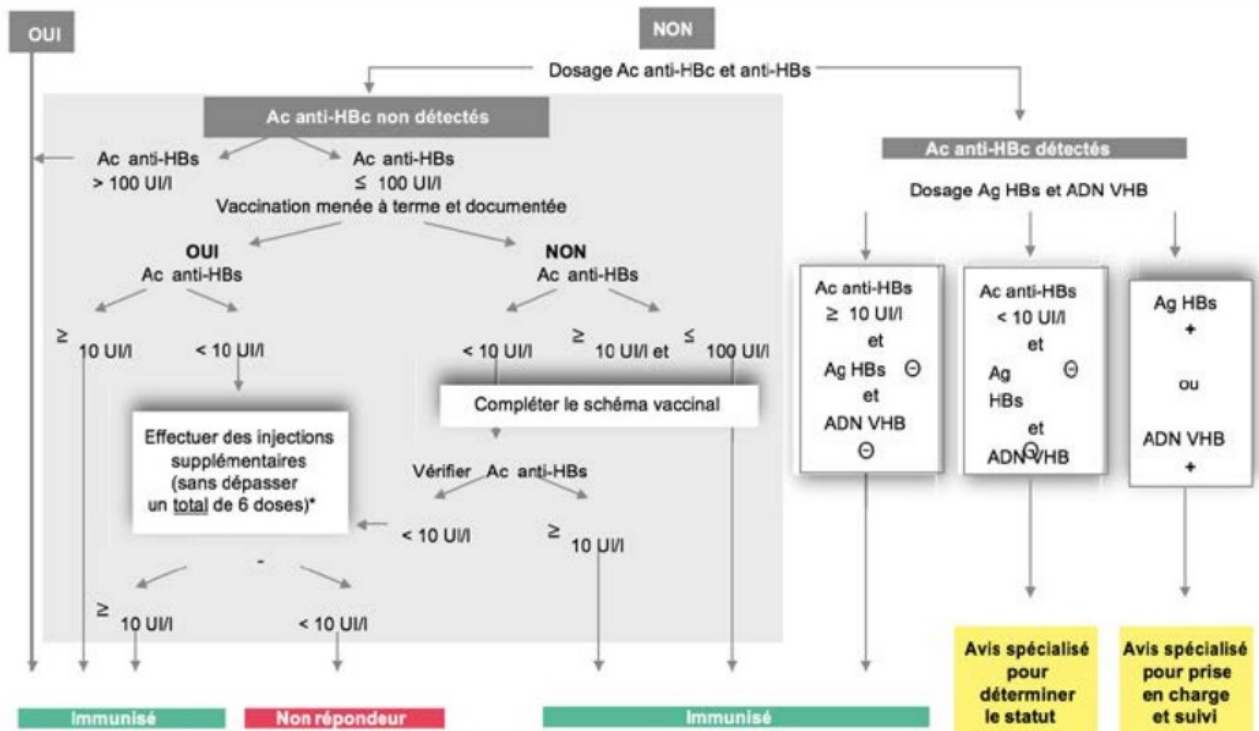
VOUS TROUVEREZ, PAGE SUIVANTE, LE DOCUMENT A FAIRE REMPLIR PAR UN MEDECIN, ET A ENVOYER AVANT LE 24/07/2026 A :


PAR COURRIER	OU	PAR MAIL
<p>GROUPEMENT HOSPITALIER CENTRE</p> <p>SERVICE DE MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 5 PLACE D'ARSONVAL BATIMENT 13 69437 LYON CEDEX 03</p>	<p>sa.smst@chu-lyon.fr</p>	

ALGORITHME POUR LE CONTROLE DE L'IMMUNISATION CONTRE L'HEPATITE B DES PROFESSIONNELS DE SANTE

Instruction no DGS/R11/R12/2014/21 du 21 janvier 2014 relative aux modalités d'application de l'arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L. 3111-4 du code de la santé publique <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027830751&categorieLien=id>

Attestation d'un résultat, même ancien, montrant des Ac anti-HBs > 100 UI/l



 <p>POLE DE SANTE PUBLIQUE Médecine et Santé au Travail</p>	<p>GROUPEMENT HOSPITALIER CENTRE SERVICE DE MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 5, place d'Arsonval Bâtiment 13 69437 LYON CEDEX 03</p>	<p>Candidat(e) à la formation IDE- Promotion 2026/2029</p>
---	---	--

A remplir par élève /étudiant(e)

NOM : _____ PRENOM : _____ Né(e) le : ___/___/___
 Email : _____ Tél. : _____

ATTESTATION MEDICALE DE VACCINATIONS ET D'IMMUNISATION

A faire remplir par un médecin + joindre obligatoirement la photocopie : des pages du carnet de vaccination ; du résultat de la sérologie (dosage des anticorps anti-HBs)

VACCIN DIPHTERIE - TETANOS - POLIO (OBLIGATOIRE) - COQUELUCHE	DATES
Nom commercial du dernier vaccin _____ et Date _____	___/___/___
VACCIN HEPATITE B (OBLIGATOIRE)	DATES
Nom commercial _____ 1 ^{ère} dose	___/___/___
_____ 2 ^{ème} dose	___/___/___
_____ 3 ^{ème} dose	___/___/___
Nombre de doses supplémentaires :	
Si une personne a bénéficié d'une vaccination complète, en cas de sérologie négative : réaliser une nouvelle injection puis contrôler par sérologie.	
_____ 4 ^{ème} dose	___/___/___
_____ 5 ^{ème} dose	___/___/___
_____ 6 ^{ème} dose	___/___/___
ATTENTION PAS PLUS DE 6 INJECTIONS	
Dosage des anticorps anti-HBs (obligatoire)	Date ___/___/___
<i>même ancien pour validation de l'intégration</i>	Résultat _____ UI/L
VACCIN ROUGEOLE - OREILLONS – RUBEOLE (Non obligatoires mais fortement recommandées)	
Nom commercial _____ 1 ^{ère} dose	___/___/___
_____ 2 ^{ème} dose	___/___/___
A défaut date de la rougeole-maladie pour ceux né(e) avant 1980	___/___/___

Date _____

Cachet du médecin

Signature