

**INSTITUT DE FORMATIONS
EN SOINS INFIRMIERS
CLEMENCEAU**
1, avenue Georges
Clemenceau
69230 ST GENIS LAVAL
TEL : 04 78 86 30 00



**DOSSIER D'INSCRIPTION FORMATION INFIRMIERE IFSI CLEMENCEAU
CANDIDAT(E) ADMIS(E) PAR SELECTION DE
LA FORMATION PROFESSIONNELLE CONTINUE 2024**

 **Sans l'intégralité de toutes ces pièces, à fournir au plus tard le 12 juillet 2024 à douze heures (heure de Paris), votre inscription à l'institut 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**) au **format JPG taille maximum 100 ko** à nous retourner par mail : hcl.secretariat-ifs-clem@chu-lyon.fr en indiquant votre N° Candidat, Nom, Prénom, date de naissance.
- ☐ **La fiche « Renseignements administratifs »** dûment complétée, accompagnée des pièces justificatives
- ☐ Le **certificat médical d'aptitude** établi par un médecin agréé.
Vous trouverez la liste des médecins agréés sur le site internet :
<https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/liste-des-medecins-et-specialistes-agrees>
- ☐ **L'attestation d'acquiescement de la Contribution de Vie Etudiante et de Campus (CVEC)** fournie par le CROUS, à régler sur le site internet: <https://cvec.etudiant.gouv.fr> **pour les étudiants non financés par leur employeur**
- ☐ **Deux attestations de droit d'une assurance maladie** qui couvre l'année scolaire 2024/2025
- ☐ **Un justificatif de votre inscription à France travail** si vous êtes demandeur d'emploi
- ☐ **L'original du ou des diplômes obtenus** (*Diplôme professionnel ou autre diplôme vous permettant d'entrer en IFSI*) qui sera vérifié lors de votre convocation sur l'institut
- ☐ **Une attestation de désinscription de Parcoursup** pour les candidats bacheliers inscrits sur la plateforme OU une **attestation de non inscription sur Parcoursup** pour les candidats titulaires du Baccalauréat ou de l'équivalence de ce diplôme (fournie automatiquement au candidat par la plateforme)

⇒ Pour votre dossier « Stage » :

- ☐ **La fiche « Renseignements 2024 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 2024-2025, 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 26 juillet 2024** à l'adresse suivante : **GROUPEMENT HOSPITALIER SUD SECTEUR STE EUGENIE Secrétariat de Médecine et Santé au Travail 1 AVENUE G CLEMENCEAU BATIMENT 4 O 69230 St GENIS LAVAL**



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. COUTS, FRAIS DE FORMATION ET MODALITES DE REGLEMENT

Informations générales

- Le coût annuel pédagogique de la formation à l'IFSI est de **6 965 € pour l'année 2024-2025***. **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**
- **Le coût annuel relatif à l'inscription universitaire** est de **170 €**. *Attention, vous aurez déjà remis ce chèque lors de la confirmation de votre inscription*
- **La contribution de Vie Etudiante et de Campus (CVEC)** d'un montant de **100 €**, en 2024/2025 à régler et télécharger via le site : <https://cvec.etudiant.gouv.fr/> sauf pour l'étudiant (e) en promotion professionnelle financé(e) ou en autofinancement : vous n'êtes pas concerné(e) par cette contribution
- 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, étudiant (e) et financeur) sera établie en début de formation.

 **Les modalités de prise en charge de votre formation par un organisme payeur ou autofinancement, doivent nous parvenir avant le 12 juillet 2024.**

 **Votre inscription ne sera enregistrée qu'après versement de vos frais de formation.**

- Etudiant(e)s en disponibilité, étudiant(e)s ne bénéficiant pas d'une prise en charge financière en formation continue et/ou autre :
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 2024-2025***, ils s'élèvent à :
 - **3 482 €** 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.

** Au-delà du 31/12/2024 : tarifs indicatifs sous réserve de validation du catalogue des tarifs HCL 2025, 2026 et 2027 par le Directeur Général.*

➤ Pass'Région

Conditions : Les étudiant(e)s doivent être âgé(e)s de moins de 26 ans. Vous devez vous inscrire sur le site passregion.auvergnerhonealpes.fr et suivre les indications.

Le code établissement est : **ZHCL001G**

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 : www.aidesfss.auvergnerhonealpes.fr (Formation sanitaires et sociales – Bourses régionales aux étudiants).

Le code établissement est : **ETAB 59**

La campagne de dépôt des demandes de bourse est ouverte **du 01 juin 2024 jusqu'au 31 octobre 2024**.

- ⇒ 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 de son statut de futur boursier sans attendre la rentrée.

3. LES FORMALITES ET DOCUMENTS ATTESTANT DE VOTRE INSCRIPTION DEFINITIVE

➤ Le certificat de scolarité

Deux certificats de scolarité vous seront remis le jour 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.

➤ L'inscription universitaire

Vous devrez :

1. Remplir un « **formulaire de pré-inscription en ligne** ». Le lien vous sera communiqué par la secrétaire d'année à partir de la rentrée.
2. Puis connexion à mascol avec identifiant reçu par mail de l'université après validation du formulaire en ligne, création d'un compte sésame (Lyon 1) inscription via IAWEB. : <https://mascol.univ-lyon1.fr/login>

Une page IFSI a été créée sur le site de l'université – Dpt de Biologie Humaine. Vous trouverez sur cette page toutes les informations, les guides et les liens nécessaires à votre inscription :

<https://biologie-humaine.univ-lyon1.fr/institut-de-formation-en-soins-infirmiers-ifs-i-1>

 **L'inscription universitaire est obligatoire pour obtenir la carte étudiant ainsi que les droits universitaires nécessaires pour votre formation.**

Ghislaine PERES-BRAUX

Directrice coordinatrice générale des soins

Écoles et instituts de formation paramédicale H.C.L

Directrice IFSI –Clémenceau

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

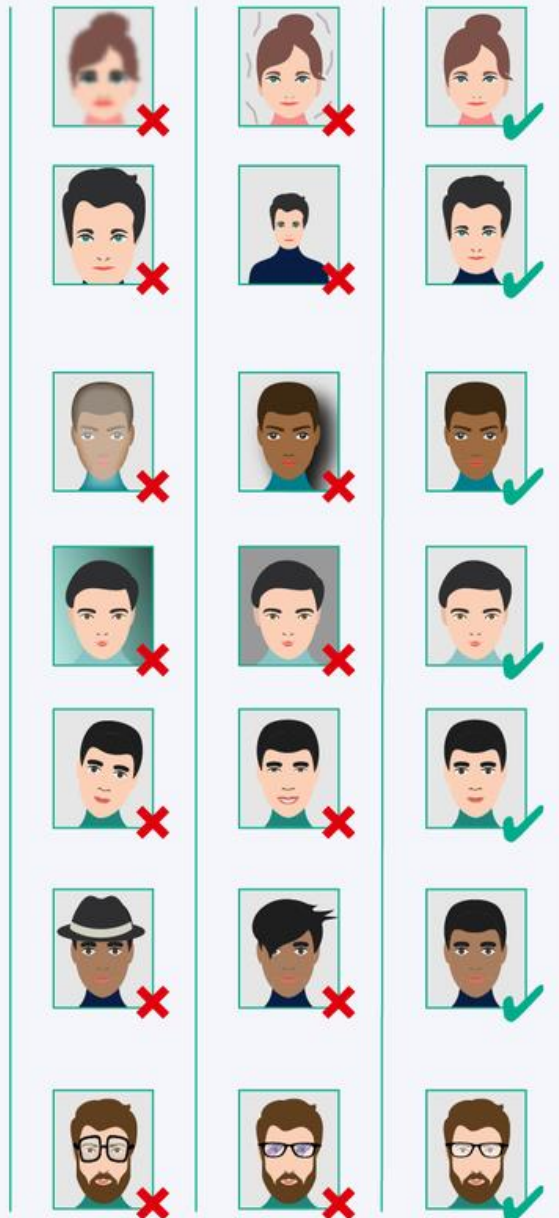
- Tête droite et regard face à l'objectif
- Expression neutre
- Bouche fermée
- Yeux visibles et ouverts

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





Téléphone Portable : Téléphone Fixe :

AIDE FINANCIERE

☐ **N°PASS Région :**

Conditions : les étudiants doivent être âgés de moins de 26 ans.

Pour les étudiants éligibles qui n'ont pas de PASS'Région : ils doivent s'inscrire sur le site

passregion.auvergnerhonealpes.fr et suivre les indications. Le code établissement est : **ZHCL001G**

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

☐ **Demande de bourse régionale :** le site est ouvert du 1^{er} juin au 31 octobre 2024.

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 : www.aidesfss.auvergnerhonealpes.fr (Formation sanitaires et sociales – Bourses régionales aux étudiants).

Le code établissement est : **ETAB 59**

☐ **Autre** (à préciser) Type d'aide :

STATUT ETUDIANT ET PRISE EN CHARGE FINANCIERE

☐ **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

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 CLEMENCEAU 1, Avenue G. Clemenceau 69230 ST GENIS LAVAL TEL : 04 78 86 30 00	 	 La Région Auvergne-Rhône-Alpes
FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2024 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



IFSI CLEMENCEAU

1, AVENUE GEORGES CLEMENCEAU

69230 SAINT GENIS LAVAL

Tél. 04.78.86.30.00



La Région
Auvergne-Rhône-Alpes

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE

Promotion 2024/2027

A FAIRE REMPLIR PAR UN MEDECIN AGREE

(Cf. liste sur le site internet de l'Agence Régionale de Santé de votre région)

Je soussigné(e), Docteur, Médecin AGREE (Inscrit sur la liste des médecins agréés de la région)

atteste que Mme, M.

Nom patronymique :

Nom marital :

Prénom :

Demeurant :

*Ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la **profession d'infirmier (e)**.*

Date

Cachet du Médecin :

Signature

 POLE DE SANTE PUBLIQUE Médecine et Santé au Travail	GROUPEMENT HOSPITALIER SUD SECTEUR STE EUGENIE SERVICE DE MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 1 Avenue G Clémenceau Batiment 4 O 69230 St Genis Laval	CANDIDAT(E) A LA FORMATION – IFSI PROMOTION 2024/2027
---	---	---

Madame, Monsieur,

L'admission définitive 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 de vos stages cliniques puis de votre exercice professionnel, vous serez exposé(e) à des produits biologiques à risques 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.

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 :

- **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'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 le plus tôt possible : plusieurs protocoles de vaccination existent, mais celui qui assure une immunité la plus fiable nécessite six mois.

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 rappels administrés aux âges de 25, 45, 65 ans comportent systématiquement la valence coqueluche.

En outre, les vaccinations suivantes ne sont pas obligatoires mais elles sont 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

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 26/07/2024 A :

PAR COURRIER	OU	PAR MAIL
GROUPEMENT HOSPITALIER SUD SECTEUR STE EUGENIE SERVICE DE MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 1 AVENUE G CLEMENCEAU BATIMENT 4 O 69230 ST GENIS LAVAL		ghs.smst@chu-lyon.fr

 HCL HOSPICES CIVILS DE LYON POLE DE SANTE PUBLIQUE Médecine et Santé au Travail	GROUPEMENT HOSPITALIER SUD SECTEUR STE EUGENIE SERVICE DE MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 1 Avenue G Clémenceau Bâtiment 4 O 69230 ST GENIS LAVAL	Candidat(e) à la Formation – IDE Promotion 2024/2027
---	--	--

A remplir par l'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)

NOM : _____ PRENOM : _____ Né(e) le : ____/____/____

NOM DU VACCIN OU DU TEST	DATES
Vaccin Diphtérie - Tétanos - Polio (obligatoire) - Coqueluche Nombre total de doses depuis la naissance (DTP ou DTCP) : _____ Nom commercial du dernier vaccin _____ et Date ____/____/____	
Vaccin Hépatite B (obligatoire) Nom commercial _____ 1^{ère} dose ____/____/____ _____ 2^{ème} dose ____/____/____ _____ 3^{ème} dose ____/____/____ Nombre de doses supplémentaires : _____ et Dates ____/____/____ _____ _____ _____ Dosage des anticorps anti-HBs (obligatoire) Date ____/____/____ <i>même ancien et attention si taux <100, nécessité de dosage Ag HBs simultanément à préciser</i> Résultat _____ UI/L	
Vaccin Rougeole - Oreillons - Rubéole Nombre de doses _____ et Dates ____/____/____ A défaut date de la rougeole-maladie ____/____/____	

Date _____

Signature _____

Cachet du médecin _____