INSTITUT DE FORMATIONS EN SOINS INFIRMIERS CLEMENCEAU

1, avenue G. Clémenceau 69230 St Genis Laval

TEL: 04 78 86 30 00





DOSSIER D'INSCRIPTION FORMATION INFIRMIERE IFSI CLEMENCEAU CANDIDAT(E) ADMIS(E) VIA LA PLATEFORME PARCOURSUP 2024



Sans l'intégralité de toutes ces pièces, votre inscription à l'institut ne pourra pas être confirmée.

PIECES ADMINISTRATIVES OBLIGATOIRES A FOURNIR

P	0	. 1	ī	r	v	^	tı	re	4	^	c	ςi	ie	r	2	'n	l'n	n	ir	١i	ct	tr	a	ti	f	

<u>Pour votre dossier administratif</u> :
☐ 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
<u>ko</u> à nous retourner par mail : <u>hcl.secretariat-ifsi-clem@chu-lyon.fr</u> en indiquant votre N° Parcoursup, Nom,
Prénom, date de naissance.
☐ La fiche « Renseignements administratifs » dûment complétée, accompagnée des pièces justificatives
☐ Le certificat médical d'aptitude <u>établi par un médecin agréé</u> . <i>Vous trouverez la liste des médecins agréés</i>
sur le site internet: https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/liste-des-medecins-et-specialistes-
<u>agrees</u>
☐ L'attestation d'admission en 1ère année de l'enseignement supérieur 2024/2025 à télécharger via
Parcoursup
☐ L'attestation d'acquittement 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
□ Le chèque d'inscription universitaire de 175 € à l'ordre de REGIE IFCS – SECTEUR EST qui sera encaissé courant octobre
☐ 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 2024/2025
☐ 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
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.
☐ Une attestation de langue B2 française pour les candidats étrangers (datée de moins de 2 ans)

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 <u>avant le 26 juillet 2024</u> 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

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

médicale de vaccination et d'immunisation.

2.1 La Sécurité sociale

A la rentrée 2024, 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 <u>www.ameli.fr</u> 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 la formation à l'IFSI est de 6 965,00 € 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 175 €.
- La contribution de Vie Etudiante et de Campus (CVEC) d'un montant de 103 €, 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) : 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, Etudiant (e) et financeur) sera établie en début de formation.

Nous vous remercions de nous faire parvenir votre accord de prise en charge financière 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 2024-2025*, ils s'élèvent à :

o **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.

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

3.2 Aides financières

> Pass'Région

- o <u>Pour les candidats de terminale</u> qui ont déjà le PASS'Région : une validation se fera à partir de votre n° de dossier qu'il faudra nous communiquer.
- <u>Les autres étudiants éligibles</u> doivent s'inscrire sur le site <u>passregion.auvergnerhonealpes.fr</u> 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, <u>la Région Auvergne Rhône-Alpes</u> met à votre disposition un certain nombre d'<u>aides</u>. 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 : <u>www.aidesfss.auvergnerhonealpes.fr</u>

(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 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.

^{*} 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.

4. 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

Étudiant admis via la plateforme Parcoursup ou déjà inscrits à Lyon 1 :

Connexion à **Mascol** avec identifiant Parcoursup, sur <u>IAWEB</u> <u>https://mascol.univ-lyon1.fr/login</u>.

• Étudiant n'ayant pas de code INE (bac avant 1995) :

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.
- 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-ifsi-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. IFSI –Clémenceau



IFSI CLEMENCEAU 1 AVENUE G. CLEMENCEAU 69230 SAINT GENIS LAVAL

TEL.: 04.78.86.30.00





Fiche administrative à compléter et à retourner au plus tard le 12/07/2024 à douze heures (heure de Paris)

Admission en **1**ère **année** de Formation en soins infirmiers

Année universitaire 2024/2025

Rentrée scolaire : le lundi 02 septembre 2024 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 port	table :						
Adresse e-mail (*):	@							
*E-mail (obligatoire sous	a forme « prénom nom @ m	noteur de recherch	<u>e »)</u>					
Fout changement d'adresse / de numéro de téle	éphone en cours d'année sco	olaire devra être si	gnalé 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 OU	JI	□non						
COORDONNEES DE LA PERSONNE A P	REVENIR EN CAS D'UR	RGENCE :						
NOM et prénom :								
lien de parenté :								

Téléphone Portable : Téléphone Fixe : Téléphone Fixe :

AIDE FINANCIERE							
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 1er 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							
Le sour établissement est l'En le se							
☐ 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)							
a conge de Formation Froiessionnelle (CFF)							
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)							
*ADE (Allocation de Datour à l'Emplei)							
*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 V	oiture	TCL	Vélo 🗌	Véhicule occas	sionnel				
		<u>DIPLÔME</u>	PROFESSIONNEL						
Titre du diplôme :	•••••		année d'obtent	ion					
		CURSU	S SCOLAIRES						
Indiquez votre n° INE :									
□Baccalauréat : Sé	rie :		anné	ée d'obtention :					
□Equivalence Bacc	□Equivalence Baccalauréat : année d'obtention :								
□Validation des ac	quis : Région d	d'obtention :	anné	ée d'obtention :					
ETUDES EFFECTUEE	S DEPUIS LE B	ACCALAURE/	AT ET DIPLÔME O	<u>BTENU</u>					
Année scolaire	Discipline		Diplôme prépa	aré	Diplôme	obtenu			
20/					OUI	NON			
20/					OUI	NON			
20/					OUI	NON			
20/					OUI	NON			

AGENTS EN PROMOTION PROFESSIONNELLE

Nom de l'établissement de rati	achement:								
Date d'entrée:									
Numéro de matricule :	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							



rubriques suivantes :

IFSI CLEMENCEAU 1, Avenue G. CLEMENCEAU 69230 SAINT GENIS LAVAL



PREPARATION DU PARCOURS DE STAGE

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

NOM DE NAISSANCE :								
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 « <u>prénom.nom</u>	<u>@moteur</u> de recherche »							
Quel mode de transport utilisez-vous le plus souvent ?								
	Lieu	Durée						
Stages en secteur de soins ou paramédical effectués au cours de la scolarité antérieure								
Expérience professionnelle en qualité de :	Fonction et lieu	Durée						
 - Aide-soignant - Agent des services hospitaliers - Autre profession paramédicale ou hospitalière (secrétaire par ex) ? 								
Connaissez-vous des personnes qui	Etablissement	Unité de soins						
travaillent en secteur hospitalier ou extrahospitalier?								

Indiquer le lieu d'exercice ⇒

INSTITUT DE FORMATIONS EN SOINS INFIRMIERS CLEMENCEAU

1, Avenue G. Clemenceau 69230 ST GENIS LAVAL

TEL: 04 78 86 30 00





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 :			Comn	nune:			
Département de nais	sance :		Pays o	d'origine :			
Nationalité :			En ca	s de natur	alisation, date :		
ADRESSE PERSONNE	LLE :						•••
Adresse électronique	@ norconnollo :						
Obligatoire sous la	•						••••
NUMERO DE SECURI	TE SOCIALE :		<u> </u>		11		
SITUATION FAMILIAL	.E:□Célibataire	□ Marié(e)	□ Divorcé(e)	□PACS	□Concubin(e)	□Veuf (ve))
			Fait à				
			Le				
			Signatur	e			



IFSI CLEMENCEAU

Tél. 04.78.86.30.00

1, AVENUE GEORGES CLEMENCEAU
69230 SAINT GENIS LAVAL



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 su								
la liste des médecins agréés de la région)								
atteste	e que Mme, M.							
Nom patronymique :								
Nom marital :								
Prénom :								
Demeurant :								
	ue et psychologique à l'exercice de la profession							
d'infirmier (e).								
Date	Cachet du							
Médecin :Signature								



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 <u>attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires</u> 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/I ET l'antigène HBS indétectable sur le même prélèvement (quarante jours après la dernière injection)

<u>Pour les personnes non vaccinées</u>, il est recommandé de débuter 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		ghs.smst@chu-lyon.fr
SERVICE DE MEDECINE ET SANTE AU TRAVAI	IL	
1 AVENUE G CLEMENCEAU		
BATIMENT 4 O		
69230 ST GENIS LAVAL		



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

Médecine et Santé au Travail	09230 ST GENIS LAVAL		2024/2027			
A remplir par l'élève/étudiar	• •					
NOM :	PRI	ENOM : N	lé(e) le :/			
Email :	Tél. :					
ATTESTATIO	TION					
A faire remplir par un médecin résultat de la sérologie (dosage	carnet de vaccination ; du					
NOM : Né(e) le :/						
NC	M DU VACCIN OU DU	TEST	DATES			
Vaccin Diphtérie -	Tétanos - Polio (oblig	atoire) - Coqueluche				
Nombre total de doses depuis la	naissance (DTP ou DTC	CP) :				
Nom commercial du dernier vac	cin	et Date	/			
Vac	cin Hépatite B (obliga	toire)				
Nom commercial		1 ^{ère} dose				
		2 ^{ème} dose				
		3 ^{ème} dose	/			
Nombre de doses supplémentair	res :	et Dates	/			
			//			
Dosage des anticorps anti-HBs (même ancien et attention si taux	•	Date sage Ag HBs simultané à préciser	. /			
		Résult	atUI/L			
Vaccin	Rougeole - Oreillons -	Rubéole				
Nombre de doses		et Dates	/			
	A défaut date de la rou	ugeole-maladie	/			

Date _____

Signature Cachet du médecin