INSTITUT DE FORMATIONS EN SOINS INFIRMIERS CLEMENCEAU
1 Avenue Georges Clemenceau
69565 SAINT GENIS LAVAL Cedex
TEL : 04 78 86 30 00

DOSSIER D'INSCRIPTION FORMATION INFIRMIERE IFSI CLEMENCEAU CANDIDAT(E) ADMIS(E) VIA LA PLATEFORME PARCOURSUP 2021

1. PIECES ADMINISTRATIVES OBLIGATOIRES A FOURNIR

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

☐Une photo d'identité, norme à respecter https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F10619 , à nous retourner par mail : hcl.secretariat-ifsi-clem@chu-lyon.fr 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** 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'admission en 1ère année de l'enseignement supérieur 2021/2022** 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 170€ à l'ordre de REGIE IFCS – SECTEUR SUD**

☐**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 2021/2022

☐**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 2021 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 2021-2022, datée et signée par l'assuré(e) 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 02 Août 2021 à l'adresse suivante :
GROUPEMENT HOSPITALIER SUD Secrétariat de Médecine et Santé au Travail
Bâtiment 3B – 165 Chemin du Revoyet – 69495 PIERRE-BENITE CEDEX

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

2. INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

2.1 La Sécurité sociale

A la rentrée 2021, 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. (cf. fiche outil ci-jointe)

2.2 La Contribution de Vie Etudiante et de Campus (CVEC)

Le versement de cette contribution est **obligatoire**. Vous devrez fournir l'attestation qui le confirme pour valider votre inscription. Les étudiants boursiers doivent s'acquitter de la CVEC et seront remboursés après décision de la commission d'attribution des bourses. https://cvec.etudiant.gouv.fr

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 **6 400 € pour l'année 2021-2022.**

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. Vos frais annuels de formation s'élèvent à 262** € comprenant :

- Les frais d'inscription universitaire de 170 €
- La CVEC d'un montant de 92 euros

➢ 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 (OPCO, 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 et 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 2021-2022**, ils s'élèvent à :

- **3 070,00 €** 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.

Si vous relevez d'un autre statut, nous vous demandons de contacter le secrétariat administratif de l'Institut.

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

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 : **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 2021** jusqu'au **31 octobre 2021**.

Dépôt des demandes de bourse à faire dès que possible, sans attendre la rentrée de septembre.

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.**

➢ **Inscription universitaire et carte étudiant :**

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

  Connexion à **Mascol** avec identifiant Parcoursup, sur **IAWEB : du 27/09/21 au 03/12/21 :** **https://mascol.univ-lyon1.fr/login.** Puis dans la rubrique « quel est votre profil ? » (Page 12) : sélectionner **IFSI/ICLY infirmier**

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

Des renseignements complémentaires vous seront donnés dès la rentrée scolaire

Vous devrez :

1.Remplir « un formulaire d'inscription en ligne ». Il sera envoyé aux étudiants sélectionnés par l'IFSI pour qu'ils puissent remplir le formulaire en temps voulu.

2. Connexion à **Mascol** avec identifiant Parcoursup, sur **IAWEB : du 27/09/21 au 03/12/21 : https://mascol.univ-lyon1.fr/login.** Puis dans la rubrique « quel est votre profil ? » (Page 12) : sélectionner **IFSI/ICLY infirmier**

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

Une carte étudiant vous sera remise sous réserve d'avoir effectué les démarches sur le site internet de pré-inscription à l'université Lyon 1.

.

Directrice Coordinatrice des Soins
IFSI Clémenceau-Esquirol
Ghislaine PERES-BRAUX

HCL HOSPICES CIVILS DE LYON — LA FORMATION

La Région Auvergne-Rhône-Alpes

IFSI CLEMENCEAU
1 Avenue Georges Clémenceau
BP 49
69565 Saint Genis Laval Cedex

Fiche administrative à compléter et à retourner **au plus tard le 16/07/2021**

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

Année universitaire **2021/2022**

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 sera à signaler 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

❑**N°PASS Région : ……..**
Conditions : les étudiants doivent être âgés de moins de 25 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 2021.
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 FINANCIÈRE

❑**Poursuite d'études**

❑**Demandeur d'emploi :** N°IDENTIFIANT Pôle emploi **:** ……..
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)

MOYEN DE LOCOMOTION

☐ Train ☐ Voiture ☐ TCL ☐ Vélo ☐ Véhicule occasionnel

DIPLÔME PROFESSIONNEL

Titre du diplôme : **……** **année d'obtention . ……. . .**

ETUDES EFFECTUEES ET DIPLÔME OBTENU

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

Indiquez votre n° INE : ……

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

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 CLEMENCEAU
1 Avenue Georges Clémenceau
BP 49
69565 Saint Genis Laval Cedex

Tél. 04.78.86.29.67

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE

Promotion 2021/2024

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 la profession d'infirmier(ère)

Date ..... *Cachet du Médecin :*

Signature

HCL
HOSPICES CIVILS DE LYON

POLE DE SANTE PUBLIQUE
Médecine et Santé au Travail

GROUPEMENT HOSPITALIER SUD
SERVICE DE MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
165, CHEMIN DU GRAND REVOYET
BATIMENT 3B
69495 PIERRE-BENITE CEDEX
FRANCE

Candidat(e) à la
formation IFSI -
Promotion 2021/2024

Madame, Monsieur,

L'admission définitive dans un institut de formation des Hospices Civils de Lyon est subordonnée à la production, au plus tard le premier jour de la rentrée d'une attestation médicale d'immunisation et de **vaccinations obligatoires** concernant les maladies transmissibles suivantes : **Diphtérie, tétanos, poliomyélite, et 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.

Pour pouvoir partir en stage, conformément à la législation (arrêté du 02/08/2013), vous devrez donc justifier au plus tard 10 jours avant le début du stage d'avoir été immunisé(e) en adressant au Service de Médecine et Santé au Travail (adresse ci-dessus) :

- **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 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 médical de l'institut, 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 02 AOUT 2021 AU

GROUPEMENT HOSPITALIER SUD
SECRETARIAT DE MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL - BATIMENT 3B
165, CHEMIN DU REVOYET
69495 PIERRE-BENITE CEDEX

HCL
HOSPICES CIVILS DE LYON

POLE DE SANTE PUBLIQUE
Médecine et Santé au Travail

GROUPEMENT HOSPITALIER SUD
SERVICE DE MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
165, CHEMIN DU GRAND REVOYET
BATIMENT 3B
69495 PIERRE-BENITE CEDEX
FRANCE

Candidat(e) à la **formation IDE** - **Promotion 2021/2024**

ATTESTATION MEDICALE DE VACCINATIONS ET D'IMMUNISATION

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

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

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 _____ 1ère dose _____ 2ème dose _____ 3ème dose Nombre de doses supplémentaires : _____ et Dates **Dosage des anticorps anti-HBs (obligatoire)** Date **Résultat**	____/____/____ ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____ _____UI/L
Vaccin Rougeole - Oreillons - Rubéole Nombre de doses _____ et Dates A défaut date de la rougeole-maladie	____/____/____ ____/____/____ ____/____/____

Date _____ **Cachet du médecin**

Signature

IFSI CLEMENCEAU
1, avenue Georges Clémenceau
BP 49
SAINT GENIS LAVAL 69565 Cedex
Tél. : 04.78.86.30.11
Fax. : 04.78.86.18.28
nathalie.breymand@chu-lyon.fr

HCL HOSPICES CIVILS DE LYON — LA FORMATION

La Région Auvergne-Rhône-Alpes

FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2021
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 : .....

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 Clémenceau BP 49
SAINT GENIS LAVAL 69565 Cedex

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**