

Uniquement pour les candidats Formation Professionnelle Continue (FPC)

Page 1 sur 8

CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE

Je soussigné Docteur

Médecin agréé (*figurant sur la liste des médecins agréés*) atteste, que :

Madame, Monsieur.

☐ ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession d'infirmier-e

ET

☐ Est à jour des vaccinations obligatoires *

OU

☐ Ne présente pas de contre-indication aux vaccinations obligatoires *

A, le

Signature et Cachet du Médecin agréé

** Une contre-indication à la vaccination correspond de fait à une inaptitude vers les professions médicales, pharmaceutiques ou paramédicales*

Ce certificat médical est exigible au plus tard le premier jour de la rentrée

CERTIFICAT MÉDICAL

Ce certificat médical de vaccination conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France, afin de pouvoir effectuer les stages proposés par l'IFSI doit être produit au plus tard le **31/10/2025**

Je soussigné Docteur

Madame, Monsieur.....

☐ est à jour de ses vaccinations protégeant de la **Diphtérie**, du **Tétanos** et de la **Poliomyélite**.

Le vaccin anticoquelucheux associé est recommandé.

Dernier Rappel effectué	
Nom du vaccin	Date

☐ est vacciné-e contre l'hépatite B (vaccination menée à son terme selon le schéma recommandé) + Établissement de la preuve

d'immunisation pour un contrôle sérologique **SYSTEMATIQUE** : Dosage AC anti HBs :

OU

☐ est en cours de vaccination contre l'**hépatite B (2 injections + Dosage AC anti HBs)**

Si vacciné-e : Hépatite B		
Nom du vaccin	Date	Résultats ≥ 10 UI/l
1 ^{ère} injection :		
2 ^{ème} injection :		
3 ^{ème} injection :		
Dosage : Résultats ≥ 10 UI/l	/2025	

Si en cours de vaccination Hépatite B		
Si au moins 2 injections ont été faites, établir la preuve d'immunisation pour un contrôle sérologique systématique : Dosage AC anti HBs		
Nom du vaccin	Date	Résultats ≥ 10 UI/l
1 ^{ère} injection :		
2 ^{ème} injection :		
Dosage : Résultats ≥ 10 UI/l	/2025	

VACCINATIONS RECOMMANDÉES

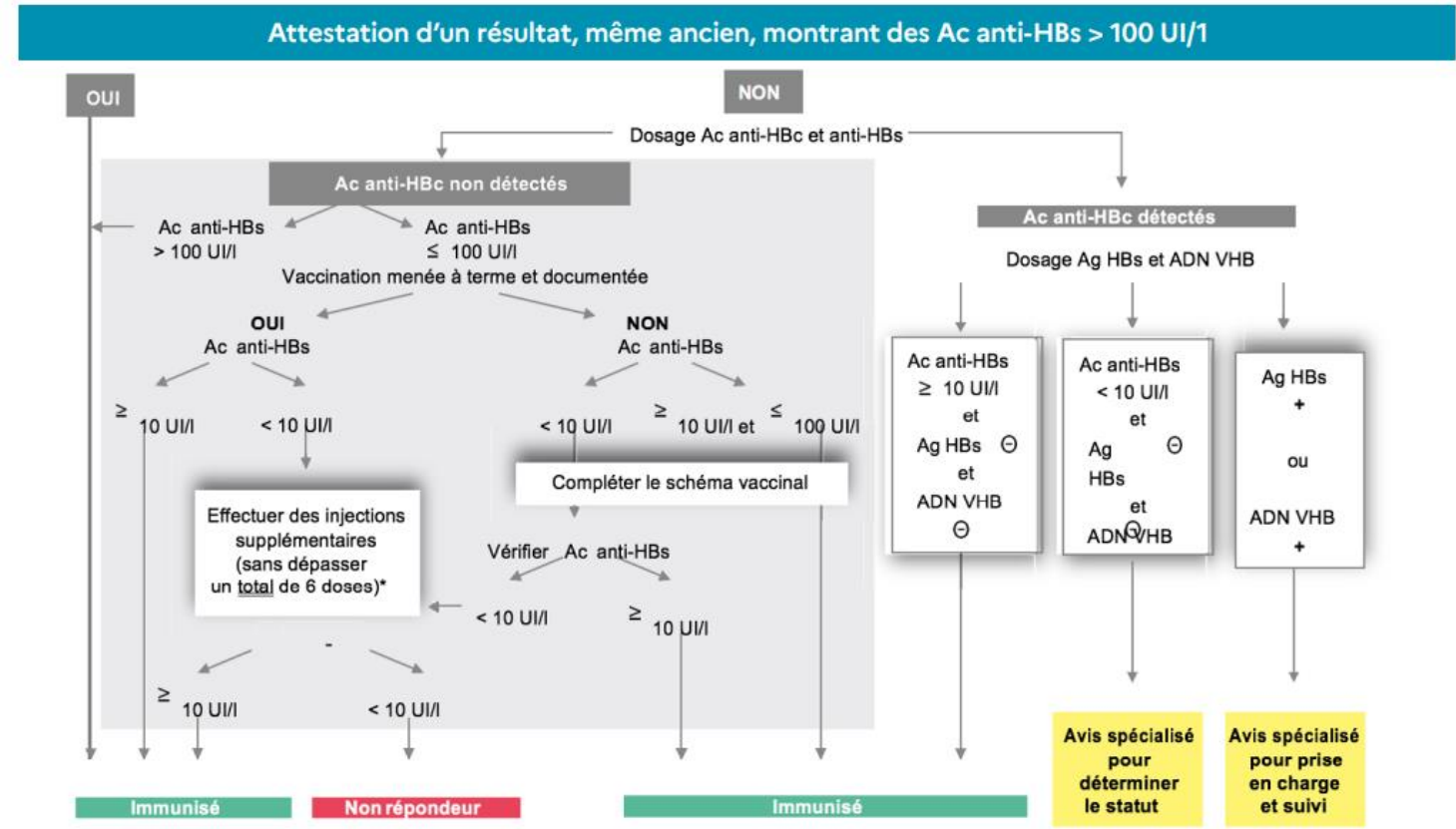
- ☐ Coqueluche
- ☐ ROR (y compris si nés avant 1980, sans ATCD)
- ☐ Varicelle (sans ATCD, Séronégatif)
- ☐ Grippe saisonnière
- ☐ COVID-19

Date : /..... /.....

Signature et cachet du Médecin

4.8 Algorithme pour le contrôle de l’immunisation contre l’hépatite B des professionnels de santé

Instruction no DGS/RI1/RI2/2014/21 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>



* Sauf cas particulier voir 4° de l'annexe 2 de l'arrêté Légende : Ac : anticorps ; Ag : antigène ; VHB : virus de l'hépatite B

90

Décembre 2024

Nous attirons votre attention sur le fait que l’entrée en formation est conditionnée à 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.

Afin de ne pas voir invalidée votre entrée en stage, nous vous conseillons d’être vigilants et d’anticiper la mise à jour des vaccinations obligatoires

Calendrier complémentaire des recommandations vaccinales 2024 (Décembre 2024)

4.4 Tableau 2024 des vaccinations pour les populations spécifiques

4.4.1 Tableau 2024 des vaccinations en milieu professionnel*

SANTÉ	D T P	Coque-luche	Grippe	Covid-19	Hépatite A	Hépa-tite B	Leptospirose	Rage	ROR	Varicelle	FJ	IIM
Étudiants des professions médicales, paramédicales ou pharmaceutiques assistant dentaire	Obl	Rec	Rec	Rec		Obl						
Professionnels des établissements ou organismes de prévention et /ou de soins (liste selon arrêté du 15 mars 1991) dont les services communaux d'hygiène et de santé et les entreprises de transports sanitaires	Obl	Rec	Rec	Rec		Obl (si exposés)			Rec y compris si nés avant 1980, sans ATCD	Rec sans ATCD, séronégatif		
Professionnels libéraux n'exerçant pas en établissements ou organismes de prévention et/ou de soins	Rec	Rec	Rec	Rec		Rec (si exposés)						
Personnels des laboratoires d'analyses médicales exposés aux risques de contamination : manipulant du matériel contaminé ou susceptible de l'être	Obl					Obl (si exposés)		Rec (si exposés)				
Personnel de laboratoire exposé au virus de la fièvre jaune	Obl					Obl (si exposés)					Rec*	
Personnel de laboratoire de recherche travaillant sur le méningocoque	Rec											Rec

*Les obligations et recommandations vaccinales des professionnels sont amenées à évoluer. Les professionnels seront informés de la mise en œuvre lorsque les textes législatifs et réglementaires seront publiés.

PRISE EN CHARGE DU TARIF DE LA FORMATION

La formation en Institut de Formation en Soins Infirmiers a un coût.

Pour l'année 2025 - 2026, le tarif est de 8400 Euros et pourra être révisé chaque année.

Le tarif de la formation peut être pris en charge à **différents titres** :

- 1) **Soit à titre individuel** : le coût de la formation sera à votre charge, pour les 3 années de formation, vous devrez faire un courrier manuscrit stipulant que vous en avez pris connaissance et que vous vous engagez à régler le coût de la formation pour chacune des années de formation. Ensuite, **il vous sera demandé de signer un engagement d'autofinancement le jour de la pré-rentrée**. Ce coût sera réévalué chaque année
- 2) **Soit par un employeur ou un OPCO** : en produisant **l'attestation de prise en charge des frais de formation**
- 3) **Les instituts sont référencés sur le site "Mon Compte Formation"**, vous pouvez également consulter votre compte personnel de formation en suivant le lien ci-dessous : <https://www.moncompteformation.gouv.fr>
- 4) **Soit par le Conseil Régional d'Ile de France**, vous pouvez en être bénéficiaire si vous remplissez une des conditions suivantes :

Sont éligibles à la subvention régionale

Seuls les effectifs inscrits, suivant une formation à temps plein et présents au 15 octobre de l'année n-1 sont éligibles à la subvention régionale.

Le statut est considéré à l'entrée en formation et vaut pour toute la durée de la formation.

La situation des élèves/étudiants est examinée individuellement au cas par cas :

- les jeunes de **moins de 26 ans en poursuite d'études sans interruption** (y compris ceux ayant un contrat de travail étudiant ; **Fournir un certificat de scolarité**)
- les jeunes de **moins de 26 ans avec interruption de scolarité de moins de 2 ans** avant le démarrage de la formation ; **Fournir un certificat de scolarité**
- les jeunes dont le **service civique s'est achevé dans un délai d'un an avant l'entrée en formation** ; **Fournir le justificatif**
- les **demandeurs d'emploi, inscrits à France travail à l'entrée en formation**, dont le coût n'est pas pris en charge par France travail ; **Fournir la décision d'inscription au France travail**
- les **bénéficiaires d'un PEC** (Parcours Emploi Compétences) ; **Fournir le justificatif**
- les **bénéficiaires du RSA** (Revenu de Solidarité Active), **-Fournir le justificatif**

Une dérogation pour prendre en charge le financement de la formation peut être accordée à titre exceptionnel après examen du dossier du candidat. La demande de dérogation doit exclusivement être formulée par le centre de formation.

Ne sont pas éligibles à la subvention régionale :

- les agents publics (y compris en disponibilité) ;
- les salariés du secteur privé en CDD ou CDI de plus de 78 heures par mois ;
- toute personne ayant bénéficié d'une prise en charge par Transitions Pro ;
- les abandons de formation intervenus dans le mois suivant l'entrée en formation ;
- les apprentis ;
- les personnes en validation des acquis de l'expérience (VAE) ;
- les médecins et les sages-femmes diplômés à l'étranger.

Pour toutes ces situations, l'inscription à Pôle Emploi n'ouvre pas droit à l'éligibilité.

Arrêté du 13 décembre 2018 modifiant l'arrêté du 31 juillet 2009 modifié notamment par les arrêtés des 29 décembre 2022 et 3 juillet 2023 relatif au diplôme d'État d'infirmier

- Art.7. Les personnes admises en formation peuvent faire l'objet de dispenses d'unités d'enseignements ou de semestres par le directeur d'établissement, après décision de la section compétente pour le traitement pédagogique des situations individuelles des étudiant-e-s, au regard de leur formation antérieure validée, des certifications, titres et diplômes obtenus et de leur parcours professionnel.
- Art.7 bis- (crée par Arrêté du 3 juillet 2023 art.1) Les aides-soignants disposant d'une expérience professionnelle en cette qualité d'au moins trois ans à temps plein sur la période des cinq dernières années à la date de sélection et qui ont été sélectionnés par la voie de la formation professionnelle continue, peuvent, à la suite d'un parcours spécifique de formation de trois mois validé, intégrer directement la deuxième année de formation d'infirmier.
Pour être éligible au parcours spécifique, les aides-soignants doivent se porter volontaires et être retenus par leur employeur à cette fin.
Ils doivent en outre s'être acquittés des droits d'inscription auprès de leur établissement d'affectation conformément aux dispositions du 2° de l'article 2 du présent arrêté.
Le contenu de la formation pour ces personnels est décrit dans l'annexe VIII du présent arrêté.
En cas de congé de maladie, de maternité, de paternité, ou d'adoption, le bénéfice du parcours spécifique peut être conservé pendant une année supplémentaire.
- Art.8. Les candidat-e-s visé-e-s à l'article 7 déposent auprès de l'établissement d'inscription leur demande de dispense sur la base des documents suivants :
 - 1° La copie d'une pièce d'identité ;
 - 2° Le(s) diplôme(s) originaux détenu(s) ;
 - 3° Le cas échéant, une attestation de validation d'ECTS de moins de 3 ans ;
 - 4° Le cas échéant, le(s) certificat(s) du ou des employeurs attestant de l'exercice professionnel de l'intéressé-e- dans une des professions identifiées au 2° de l'article 7 ;
 - 5° Un curriculum vitae ;
 - 6° Une lettre de motivation ;
 - 7° Une attestation de niveau de langue B2 française pour les candidats étrangers.

La demande écrite motivée de dispenses d'enseignements ou de semestres accompagnée des pièces justificatives est à remettre avec le dossier d'inscription.

INFORMATIONS RELATIVES SUR LES POSSIBILITÉS D'HÉBERGEMENT AU FOYER

Un hébergement est possible au foyer des Étudiants en soins infirmiers, la procédure est la suivante :

- 1 - Rédiger une lettre motivée des raisons de votre demande et l'adresser au directeur de l'institut.
- 2 - Le directeur émet un avis, ensuite vous serez contacté par le service d'affectation du patrimoine en charge de la gestion du Foyer des Étudiants des Infirmiers.
- 3 – La liste des pièces à fournir est disponible sur le site internet de l'institut : www.eps-etampes.fr rubrique « demande de logement ».

AUTORISATION DE DROIT À L'IMAGE
(CODE CIVIL Article 9 – CODE PÉNAL Article 226-1)

DOCUMENT À REMETTRE AU SECRÉTARIAT

JE SOUSSIGNÉ-E :

Prénom : **Nom :**

Étudiant-e de la promotion :

Reconnais avoir été informé-e que l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Barthélemy Durand à Étampes :

- ✓ Pourra effectuer, dans le cadre de différentes activités pédagogiques, des photographies et vidéos de ma personne
- ✓ Pourra exploiter la/les photographies/vidéos sur laquelle je suis reproduit(e) dans un cadre exclusivement pédagogique

À compter de la rentrée scolaire et pendant la totalité de mon cursus de formation.

Je m'engage à :

- ✓ Ne pas faire usage des images de groupe ou d'image d'autres étudiants à l'extérieur de l'Institut (réseaux sociaux...)
- ✓ Ne pas diffuser, de quelque manière que ce soit, l'image des personnels de l'Institut.

Je dégage la responsabilité de l'Institut en cas de non-respect de ces dispositions.

J'en accepte les conditions citées ci-dessus

Fait à Sainte Geneviève des Bois , le

Signature :

PROMOTION 2025/2028

Fiche de renseignements

NOM PATRONYMIQUE : NOM D'USAGE :

Prénom : ☐ Masculin Féminin ☐

Date de naissance :/...../.....

Lieu de naissance (département + ville) :

Nationalité :

Carte Nationale d'Identité, durée de validité (indiquer la date de validité) :

Carte de séjour, durée de validité (indiquer la date d'expiration) :

Situation familiale :

N° sécurité sociale :

N° de téléphone portable :

Adresse Email personnelle (obligatoire) :

Adresse Email professionnelle obligatoire sous la forme suivante prenom.nombdso@gmail.com

(Exemple : paul.dupontbdso@gmail.com) :

Adresse à la rentrée de septembre 2025	Changement en cours d'année A signaler au secrétariat	Adresse en province

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE	PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
N° de téléphone portable :	N° de téléphone portable :

Je soussigné(e), certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Toute déclaration inexacte, entraînera la perte du bénéfice de l'inscription.

A : Le

Signature :