

## LISTE DES PIÈCES À FOURNIR EN VUE DE L'INSCRIPTION EN FORMATION INFIRMIÈRE DANS LE CADRE DE LA SÉLECTION FPC

**RENTREE DU LUNDI 1 FÉVRIER 2027**

Nom de naissance : ..... Prénom : .....

Nom d'usage : .....

Adresse : .....

.....

Telephone : ..... Mail : .....

Je confirme mon inscription pour la rentrée du **Lundi 1 Février 2027**  oui  non

**Le dossier administratif complet devra être déposé ou envoyé par courrier recommandé avec avis de réception. Les candidats dont les dossiers n'auront pas été validés à ces dates ne seront pas autorisés à entrer en formation.**

### DOCUMENTS OBLIGATOIRES À LA CONSTITUTION DE VOTRE DOSSIER :

- Cette liste des pièces justificatives renseignée et cochée (recto/verso)
- La fiche d'inscription définitive rentrée 2027
- La copie recto-verso **couleur** de la carte nationale d'identité ou de la carte de séjour **valide**
- Le document « Financement de la formation – Déclaration de situation »
- 1 photo d'identité (avec inscription nom et prénom au dos)
- 2 relevés d'identité bancaire (au nom de l'étudiant)
- La copie **couleur** de la carte grise du véhicule qui sera utilisé **(en cas d'utilisation d'un véhicule prêté, merci de préciser le lien de parenté et/ou d'indiquer impérativement sur la copie, le nom de l'étudiant utilisant le véhicule).**
- La copie de l'attestation de sécurité sociale et la copie de la carte vitale de l'étudiant
- Un curriculum vitae
- La copie de tout diplôme validé
- L'attestation JDC (Journée Défense Citoyen)

- Le bon de remise de badge dûment rempli (même si vous ne le recevrez qu'à la rentrée)
- Le formulaire d'autorisation de l'image d'une personne
- La feuille de personne à prévenir en cas d'urgence
- Un courrier pour une réservation d'une chambre au foyer **(pour celles et ceux qui sont intéressés).**

### **DOCUMENTS OBLIGATOIRES A APPORTER LE JOUR DE LA RENTRÉE :**

**Attestation responsabilité civile privée (datée à partir de février 2027).** Selon l'instruction du 05 juillet 2010, les frais d'assurance de responsabilité civile sont à la charge des étudiants. Il appartient à ceux-ci de souscrire un avenant limité dans le temps auprès de la compagnie d'assurance qui gère leur contrat « multirisque habitation – responsabilité civile » ou celui de leurs parents. Le choix du montant des garanties assurées relève dorénavant de la seule responsabilité des étudiants. Les étudiants doivent être garantis pour l'ensemble des risques suivants couvrant la responsabilité civile, tant lors du stage que des trajets, occasionnés par celui-ci : Accidents corporels causés aux tiers - Accidents matériels causés aux tiers - Dommage immatériels.

**Attestation d'assurance professionnelle (datée à partir de février 2027)** où il est indiqué que vous êtes assuré(e) pour **les formations paramédicales ou études infirmières (pour les stages et trajets).**

**Attestation d'assurance habitation faisant apparaître le numéro de la chambre qui vous aura été attribuée (Pour ceux qui auront une chambre au foyer des étudiants)**

**Le certificat médical d'aptitudes (ci-joint) à compléter par un médecin agréé** attestant que vous ne présentez pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession (liste des médecins agréés consultable sur le site de l'ARS : [www.normandie.ars.sante.fr](http://www.normandie.ars.sante.fr))

**Attention : la non production du certificat médical d'aptitude au plus tard le 1<sup>er</sup> février 2027 (jour de la rentrée) remettra en cause l'admission de l'étudiant en formation.**

**Le certificat médical de vaccinations (ci-joint).**

**Attention : Il y a lieu de commencer les vaccinations et notamment l'hépatite B, dès réception du dossier car aucun(e) étudiant ne sera admis(e) en stage si les vaccinations ne sont pas à jour.**

Date :

Signature de l'étudiant (e) :

### **ATTENTION :**

**Tout désistement après inscription entraîne, pour le candidat, la perte des droits d'inscription.**

**FICHE D'INSCRIPTION DEFINITIVE -**  
**RENTREE 2027**

Nom - Prénom :

Nom marital :

Date et lieu de naissance :

Nationalité :

Adresse :

Code Postal, Ville :

Téléphone Portable :

Adresse mail :

Profession du père :

Profession de la mère :

Profession du conjoint :

Nombre d'enfants :

Baccalauréat :

série :

année :

**CODE INE** (n° à 10 chiffres et une lettre, se trouvant sur relevé de notes) - (obligatoire) :

(ou DAEU) .....

Diplômes professionnels (DPAS, DPAS) :

année :

Validation des acquis par la DRASS

OUI 

NON

Etudes suivies depuis le baccalauréat :

Diplômes obtenus :

Stages ou expérience professionnelle en milieu sanitaire et social : joindre 1 curriculum vitae

- Bourses (joindre la notification de décision) ou Inscription sur le site du CROUS - OUI  NON 

- En cas de prise en charge financière par votre employeur, merci de joindre la copie de la décision de la prise en charge

N° de sécurité sociale complet (personnel) :

Caisse :

Permis de conduire : OUI NON Disposez-vous d'un véhicule : OUI NON Je soussigné(e) .....déclare m'inscrire à l'INSTITUT DE  
FORMATION EN SOINS INFIRMIERS DE L'AIGLE pour la rentrée de **FEVRIER 2027**

A.....le.....

SIGNATURE

 Cochez la case correspondante. \* Rayez la mention inutile





## SITUATIONS NON ELIGIBLES AU FINANCEMENT REGIONAL

Salarié (hors contrats d'insertion, hors CDI inférieur ou égal à 24h/semaine et hors CDD)

Agent stagiaire ou titulaire de la fonction publique

Retraité ou ayant dépassé l'âge légal de la retraite

Financement de la formation par (précisez, y compris si en attente de réponse) :

Justificatifs à fournir : attestation de prise en charge (employeur ou organisme financeur) ou dans l'attente d'une réponse une attestation de dépôt d'un dossier de demande de prise en charge.



Vous n'êtes pas éligible au financement de votre formation par la Région.

Avez-vous suivi une formation qualifiante et certifiante, financée par la Région Normandie, au cours des 10 derniers mois ?

Oui (\*). Préciser la formation :

Non

(\*). Si oui, vous êtes soumis à un délai de carence de 10 mois entre la sortie de la première formation et l'entrée de la seconde. Toutefois, ce délai de carence n'est pas appliqué si vous êtes en poursuite de scolarité, ou si vous vous réorientez à l'issue d'une formation n'ayant pas donné lieu à la validation du diplôme d'Etat ou de la qualification visée.

LES PIECES JUSTIFICATIVES DOIVENT IMPERATIVEMENT ETRE JOINTES A CE DOCUMENT ET RETOURNEES A L'INSTITUT DANS LES MEILLEURS DELAIS.

IFSI - IFAS

# DEMANDE DE BADGE

Je soussigné (e) : Madame  Monsieur

Nom de naissance : Prénom :

Nom d'usage :

Atteste avoir reçu un **BADGE NOMINATIF** du Centre Hospitalier de l'Aigle.

## Je prends connaissance des informations suivantes :

☞ Ce badge est un identifiant auprès des différents acteurs du Centre Hospitalier de l'Aigle et doit être systématiquement porté sur les vêtements de travail.

☞ Ce badge est le moyen de paiement pour le restaurant du personnel de l'hôpital. L'alimentation du badge se fait à la caisse du bureau d'accueil clientèle. Le paiement peut se faire par chèque, carte bancaire ou espèces.

**Il n'est pas accepté de compte débiteur**, aussi un ticket à chaque passage au restaurant vous donne le solde de votre compte.

En cas de départ, si votre compte est créditeur, vous serez directement remboursé sur votre fiche de paie.

☞ Il sera demandé un dédommagement de 10 euros en cas de perte (un nouveau badge vous sera alors délivré) ou de non restitution lors d'un départ définitif de l'établissement.

**La Directrice des Soins et des  
Instituts de Formations Paramédicales  
du Centre Hospitalier de l'Aigle**

Fait en double exemplaire dont un  
est remis à l'étudiante (e) ou l'élève.  
Signature précédée de la mention  
« Lu et Approuvé »



Institut de Formation  
en Soins Infirmiers  
Centre Hospitalier  
BP 189 - 61305 L'AIGLE CEDEX

**Caroline FAUVEL**



FORMULAIRE D'AUTORISATION  
DE L'IMAGE D'UNE PERSONNE

Je soussigné(e) :

Demeurant :

Autorise Le Centre Hospitalier de L'Aigle à utiliser et diffuser à titre gratuit et non exclusif des photographies me représentant, ainsi qu'à exploiter ces clichés, en partie ou en totalité, à des fins de communication interne ou externe.

Les photographies susmentionnées sont susceptibles d'être reproduites sur les supports suivants :

- Site intranet
- Site internet du Centre Hospitalier
- Support papier de présentation des services à destination des professionnels de santé du territoire
- Autre : à préciser.....

Fait à L'Aigle, le 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 en deux exemplaires.

Signature



<p style="text-align: center;"><b>PROMOTION INFIRMIER (ERE)</b> <b>2027 - 2030</b></p>
--

**Votre identité :**

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

**Personne à prévenir en cas d'urgence :**

Nom et Prénom :

Lien de parenté:

Tél domicile :

Tél portable :

Tél professionnel :

Adresse :



## AUTORISATION PARENTALE POUR SOINS ET HOSPITALISATION D'UN MINEUR

**Je soussigné(e) :**

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Lien avec le mineur : \_\_\_\_\_

**Autorise par la présente les professionnels de santé à pratiquer tous les soins médicaux, chirurgicaux ou hospitaliers nécessaires sur :**

**Nom et prénom du mineur :** \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

**En cas d'urgence**, si je ne peux être joint dans un délai raisonnable, j'autorise également :

Nom et prénom du représentant temporaire : \_\_\_\_\_

Lien avec le mineur : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

... à prendre les décisions médicales urgentes nécessaires pour le bien-être de mon enfant.

Cette autorisation est valable du : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ au \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Fait pour servir et valoir ce que de droit.**

Fait à : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature du parent ou représentant légal :  
(Signature précédée de la mention "Lu et approuvé")



# CERTIFICAT MEDICAL

Selon l'arrêté du 22 octobre 2005 modifié relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat Infirmier (ère) (article 13), l'admission définitive dans un institut de formation en Soins Infirmiers (ères) est subordonnée à la production au plus tard le 1<sup>er</sup> jour de la rentrée **d'un certificat médical établi par un médecin agréé\*** attestant que l'élève ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession.

Je soussigné (e) Docteur ..... Médecin  
agréé certifie que Monsieur /  
Madame.....

ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession d'aide-soignante.

L'Aigle, le :

Signature,

Cachet

**\* La liste des médecins agréés peut être téléchargée sur le site internet de l'Agence Régionale de Santé (ARS) en fonction de la région demandée.**



**RECAPITULATIF DES VACCINATIONS - RENTREE 2027**

*A préparer par le candidat et à présenter au Médecin avec la notice*

**NOM, PRENOM :** .....

**Formation envisagée :** .....

**1 – DIPHTERIE, TETANOS, POLIOMYELITE :**

Dernier rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N° lot

**2 – BCG :**

Vaccination intradermique ou Monovax ®	Date (dernier vaccin)	N° lot
IDR à la tuberculine	Date	Résultat (en mm)

**3 – L’HEPATITE B :**

Selon les conditions définies au verso, il/elle est considéré(e) comme (*raier les mentions inutiles*)  
(*Cf algorithme au verso*) :

- ✓ Immunisé(e) contre l’Hépatite B :            OUI        NON
- ✓ Non répondeur (se) à la vaccination :        OUI        NON
- ✓ Dosage des AC anti HBS :
- ✓ Dosage des AC anti HBC si anti HBS<100 :

**Joindre les photocopies des pages du carnet de santé** attestant l’ensemble des vaccinations, après avoir vérifié la présence de vos nom et prénom sur chaque page. Aucune autre partie du carnet de santé n’est à transmettre.

*Nota bene : selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour ces futurs professionnels de santé, il est par ailleurs recommandé d’être immunisé contre la coqueluche, la rougeole, la rubéole, la varicelle et la grippe saisonnière.*

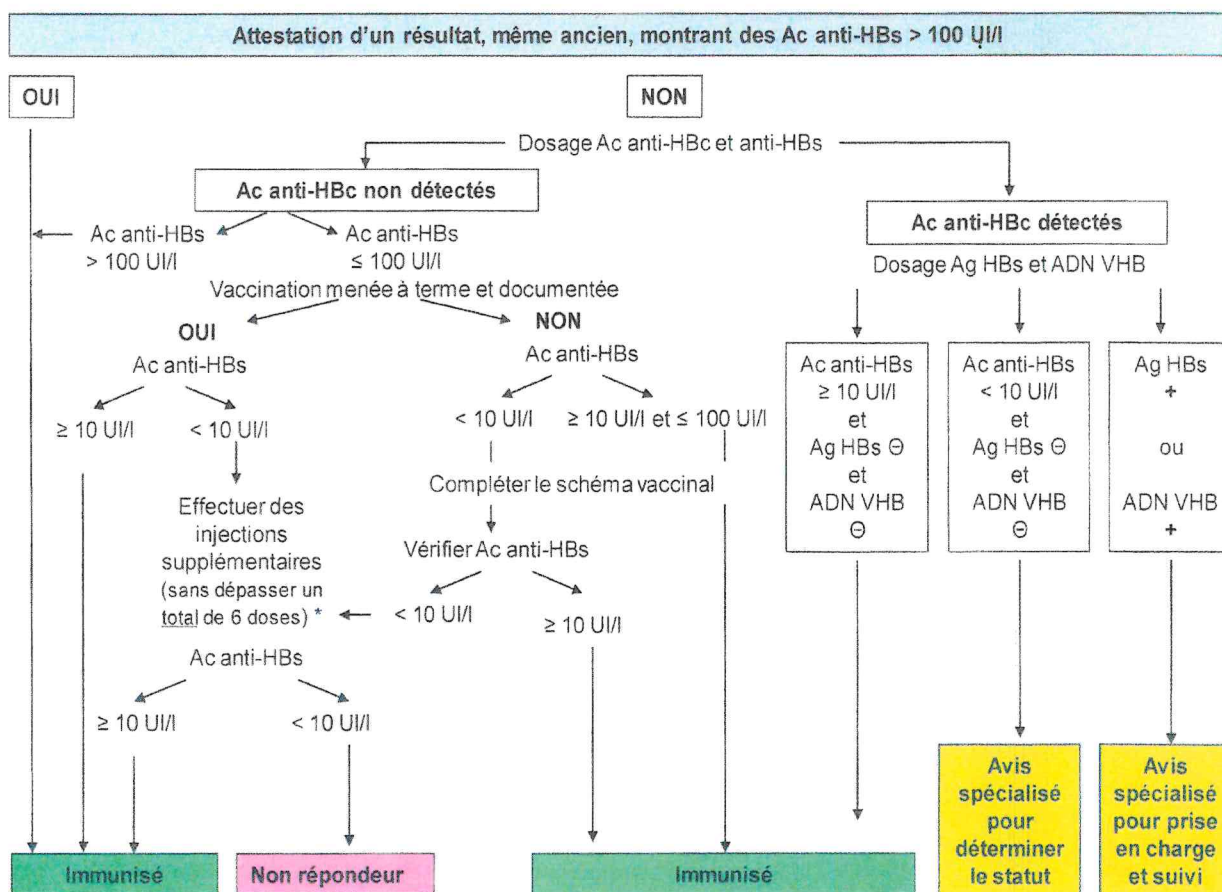
**Signature de l’étudiant**

**Date :**

**Signature du médecin et cachet,**



**Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 et dont les conditions sont fixées par l'arrêté du 2 août 2013**



\* Sauf cas particulier voir 4° de l'annexe 2 de l'arrêté

Légende : Ac : anticorps ; Ag : antigène ; VHB : virus de l'hépatite B

**Textes de référence**

- Articles L.3111-1, L.3111-4 et L.3112-1 du code de la santé publique (CSP)
- Arrêté du 15 mars 1991 fixant la liste des établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins dans lesquels le personnel exposé doit être vacciné, modifié par l'arrêté du 29 mars 2005 (intégration des services d'incendie et de secours)
- Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiques
- Arrêté du 6 mars 2007 relatif à la liste des élèves et étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des autres professions de santé pris en application de l'article L.3111-4 du CSP
- Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux (Titre III)
- Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L.3111-4 du CSP
- Calendrier vaccinal en vigueur (cf. Site du ministère chargé de la santé : <http://www.sante.gouv.fr/vaccinations-vaccins-politique-vaccinale.html> )



**RENTREE LUNDI 1 FEVRIER 2027 - 10 H 00**  
**FORMATION INFIRMIER(E) ¥ FOURNITURES**

**FORMALITES PRÉVUES à l'IFSI**

- ◆ **Tenues de stage fournies par le Centre Hospitalier de l'Aigle**

**FOURNITURES SCOLAIRES**

- ◆ 1 pochette 3 rabats à élastiques rouge
- ◆ 1 classeur souple grand format (VERT).
- ◆ Classeurs ou chemises à votre convenance pour les cours.
- ◆ Crayons feutres pour tableau de papier – 3 couleurs variées.
- ◆ Fournitures diverses : colle, ruban adhésif...
- ◆ Une blouse blanche à manches courtes marquée au nom de l'étudiant (modèle indifférent) : indispensable dès la rentrée, pour la salle de travaux pratiques.
- ◆ Une calculatrice avec les fonctionnalités suivantes : racine carrée et exponentielle

**POUR LE PREMIER STAGE**

- ◆ Chaussures pour les stages et accessoires ci-dessus peuvent être commandés le **lundi 1 février 2027** par le biais des prestataires ou commande sur catalogue spécialisé de matériel médical ou chaussures.  
**Aucun fournisseur ni modèle n'est imposé.**
- ◆ Des ciseaux à bout rond.
- ◆ Un cadenas à code pour le vestiaire central.
- ◆ Stylos à bille – prévoir 4 couleurs (noir, bleu, rouge, vert).
- ◆ 1 montre indiquant les secondes (trotteuse recommandée).

