

FICHE D'INSCRIPTION RENTREE 2019 / 2020

Nom de Naissance : _____ NOM d'usage : _____ Prénom : _____ Date de Naissance : _____

Adresse (n° et nom de la rue) : _____ Lieu de Naissance (Ville + département) : _____ ()

CP + Ville : _____ Nationalité : _____ N° Sécurité Sociale : _____

☎ : _____ 📞 : _____ 📧 : _____ @ : _____

Situation Familiale : Marié(e) ou PACSé(e) ou concubinage (précisez) Veuf Divorcé(e) Célibataire N^{bre} d'enfants : _____ Et Age : _____

Personne à prévenir en cas de besoin

Nom, Prénom :		Adresse:		CP + Ville :		obligatoire: _____
---------------	--	----------	--	--------------	--	--------------------

Profession des Parents PERE : _____ MERE : _____ TUTEUR : _____

Profession du Conjoint : _____

SCOLARITE

Diplômes obtenus + année d'obtention Doctorat Master Licence Bac Série : _____ Autre à préciser : _____ Filière suivie = Niveau d'études : _____

SITUATION PROFESIONNELLE

Situation <u>avant</u> l'entrée en formation	<input type="checkbox"/> En activité	<input type="checkbox"/> Sans emploi et inscrit à Pole Emploi	<input type="checkbox"/> Inscrit à l'Université	<input type="checkbox"/> Inscrit dans un autre établissement	<input type="checkbox"/> Inscrit au Lycée
Précisez l'activité + Nom et adresse de l'employeur : _____		N° Demandeur d'Emploi : _____	Ville : _____	Nom - Ville + Départ. : _____	Nom et Ville : _____

Organisme de Financement Sollicité, si concerné _____	Financement Obtenu : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Préparation concours : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, année et lieu _____
---	--	---

Possédez-vous le permis ? OUI NON

Possédez-vous un véhicule (nécessaire pour vos déplacements en stage) OUI NON

Date et signature

Secrétariat

☎ 05 57 25 49 16

Fax 05 57 25 49 08

secretariat.ifs@ch-libourne.fr

Références à rappeler : TN/DD – V3

**Formation Etudes en Soins Infirmiers – RENTREE Sept. 2019
Année Scolaire 2019/2020 – 1^{ère} année**

NOM : _____ **NOM D'USAGE :** _____ **PRENOM :** _____

Constitution du dossier de rentrée : (en cas de désistement aucun frais ne sera remboursé)

- 1 Photocopies de votre pièce d'identité recto/ verso (carte nationale d'identité, carte de séjour ou passeport en cours de validité)
- Certificat de participation à la JDC (Journée Défense et Citoyenneté ex JAPD) dans le cas d'une première inscription (ou original et photocopie de l'attestation de Recensement délivrée par la mairie de votre lieu de résidence UNIQUEMENT si la journée d'appel n'a pas été faite.
- 1 Photocopie de votre attestation de couverture sociale **à jour**
- Attestation de **responsabilité civile (RC)**, couvrant les risques scolaires et extra-scolaires, valable pour l'année en cours et au nom de l'étudiant.
- Attestation de responsabilité civile professionnelle (RCP)**, comportant **IMPERATIVEMENT** ces 3 mots en toutes lettres ainsi que l'année scolaire concernée, A titre d'exemple, les compagnies suivantes fournissent ce document en ligne à titre gracieux : MNH, MACSF
- Selon votre situation, justificatif de prise en charge par votre employeur ou par un Organisme de Financement tel que : ANFH, FONGECIF, UNIFORMATION, POLE EMPLOI.....
- Pour les inscrits à POLE EMPLOI N° de dossier (obligatoire)
 - Certificat d'un **médecin agréé par la D.R.J.S.C.S.** attestant que l'étudiant (e) ne présente aucune contre-indication physique et psychologique à **l'exercice de la profession** (vous trouverez la liste mise à jour des médecins agréés de votre département sur le site de l'ARS - <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/medecins-agrees-11>)
- Original du baccalauréat ou relevé de notes pour **les bacheliers 2019 –**
- Copie du Brevet Informatique et Internet Lycée – Niveau 3 (B2I), si vous le possédez
- 2 Photocopies de la carte grise de votre véhicule (si vous n'êtes pas le titulaire du véhicule votre nom doit quand même figurer sur l'attestation d'assurance) + 1 photocopie de l'attestation d'assurance automobile,
- 1 photocopie de votre Relevé d'Identité Bancaire (R.I.B.)
- Chèque de **170€** à l'ordre du Trésor Public pour le paiement des droits d'inscription.

A imprimer puis faire remplir

- Fiche médicale à valider par le médecin traitant** accompagnée de **la copie des vaccinations obligatoires**. Le tout sera glissé dans une enveloppe cachetée sur laquelle vous préciserez vos nom, prénom date de naissance et promotion avec la mention « **CONFIDENTIEL** »

! Tout (e) étudiant(e) qui ne sera pas à jour de ses vaccinations le jour de la rentrée, ne pourra pas être affecté(e) en stage. Vous devez vous référer aux obligations vaccinales dans le document mis à disposition sur le site.

- Formulaire de carte d'accès au CH Libourne accompagnée des documents énumérés (cette carte est délivrée gratuitement à tout nouvel inscrit, elle vous sera demandée pour : la prise des repas au restaurant du personnel et l'accès à différents services de l'établissement)
- Fiche d'inscription rentrée 2019/2020 correctement complétée.

A prévoir pour la pré-rentrée (28 Août 2019) -

- L'achat de livres : « Manuel d'anatomie TORTORA et DERRICKSON » - Edition DE BOECK – (une bourse aux livres sera organisée par le Bureau des Etudiants (BDE) le jour de la pré-rentrée)
- 1 Chèque pour le paiement des tenues professionnelles (essayages sur place). **L'ordre et le tarif vous seront communiqués par le fournisseur le jour de la pré-rentrée.**
- Chèque de **110€** à l'ordre du Trésor Public pour le paiement des frais pédagogiques (carte multimédia, accès au Centre de Documentation et d'Information...)

Direction des Ressources Humaines
Pôle administratif – Fondation Sabatié

Gestion du temps

Mr Siaume : 05 57 55 16 51

Mr Gauducheau : 05 57 55 15 46

Code agent (c-page) :

24.....

- IFSI
- 1° Année
- 2° Année
- 3° Année
- IFAS

FORMULAIRE D'ACCES AU CH LIBOURNE

A REMPLIR OBLIGATOIREMENT

NOM :

NOM DE JEUNE FILLE :

PRENOM :

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

Numéro S.S. :

ADRESSE (durant les études) :

CP :VILLE :

Adresse mail :@.....

Tel :

Souhaite manger au self : **oui** **non**

Signature,

DOCUMENTS A FOURNIR

- RIB - PHOTOCOPIE ATTESTATION SECU PHOTOCOPIE CARTE GRISE DU VEHICULE
- Attestation de l'assurance stipulant le nom du conducteur principal du véhicule.

Comment obtenir mon numéro Cvec?

COMMENT ?

Sur <https://www.messervices.etudiants.gouv.fr>
l'étudiant doit créer un compte MSE (sauf si déjà créé)

Après paiement de la cotisation (par carte bancaire ou carte prépayée ou en Espèce auprès du Crous) un **numéro Cvec** unique est attribué (**télécharger le document**)

Ce numéro est obligatoire pour l'inscription administrative à l'université des étudiants en Formation Initiale (même si boursier)

Remarque : Lorsque l'étudiant s'inscrit au titre d'une même année universitaire à plusieurs formations, la contribution n'est due que lors de la première inscription (fournir justificatif)

QUOI ?

Dès la rentrée 2018, **tout étudiant de formation initiale devra s'acquitter* de la Contribution Vie Etudiante et de Campus (Cvec)** (Loi n°2018-166 du 8 mars 2018 (dite loi ORE) – Article 12)

Cette contribution acquittée **auprès du CROUS** (Tél : 05 56 33 92 17) est destinée à favoriser l'accueil et l'accompagnement social, sanitaire culturel et sportif des étudiants à conforter les actions de prévention et d'éducation à la santé.

**Les étudiants boursiers sont exonérés mais doivent obligatoirement faire la démarche pour obtenir le numéro Cvec*

COMBIEN ?

Le montant annuel de cette contribution est fixé à **90 €** pour 2018/2019

QUAND ?

à partir du **1^{er} juillet 2018**

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Décret n° 2019-149 du 27 février 2019 modifiant le décret n° 2007-1111 du 17 juillet 2007 relatif à l'obligation vaccinale par le vaccin antituberculeux BCG

NOR : SSAP1903550D

Publics concernés : étudiants en vue de l'exercice de professions médicales et pharmaceutiques et des professions à caractère sanitaire et de caractère social ; personnes et personnels exerçant une activité dans les établissements accueillant des enfants de moins de 6 ans, dans les laboratoires d'analyses médicales, dans les établissements pénitentiaires, dans les services de probation, dans les établissements et services de la protection judiciaire de la jeunesse ; personnels soignants et susceptibles d'avoir des contacts répétés avec des malades tuberculeux dans les établissements de santé, dans les hôpitaux des armées et l'Institution nationale des invalides, dans les dispensaires ou centres de soins, dans les centres et consultations de protection maternelle infantile, dans les établissements d'hébergement et services pour personnes âgées, dans les structures prenant en charge des malades porteurs du virus de l'immunodéficience humaine ou des toxicomanes, dans les centres d'hébergement et de réinsertion sociale, dans les structures contribuant à l'accueil de personnes en situation de précarité, dans les foyers d'hébergement pour travailleurs migrants ; assistantes maternelles ; sapeurs-pompiers des services d'incendie et de secours.

Objet : suspension, pour certaines activités et professions, de l'obligation vaccinale par le vaccin antituberculeux BCG.

Entrée en vigueur : le texte entre en vigueur le 1^{er} avril 2019.

Notice : compte tenu de l'évolution de la situation épidémiologique et des connaissances médicales et scientifiques, le décret a pour objet de suspendre pour certaines activités et professions l'obligation vaccinale par le vaccin antituberculeux BCG obligatoire en vertu de l'article L. 3112-1 du code de la santé publique.

Références : le décret, et le décret n° 2007-1111 du 17 juillet 2007 auquel il se réfère, peuvent être consultés sur le site Légifrance (<https://www.legifrance.gouv.fr/>).

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des solidarités et de la santé,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 3111-1, L. 3112-1, R. 3112-1 et R. 3112-2 ;

Vu le décret n° 2007-1111 du 17 juillet 2007 relatif à l'obligation vaccinale par le vaccin antituberculeux BCG ;

Vu l'avis de la Haute Autorité de santé en date du 21 novembre 2018 ;

Vu l'avis du Haut conseil des professions paramédicales en date du 29 janvier 2019,

Décète :

Art. 1^{er}. – L'article 1^{er} du décret du 17 juillet 2007 susvisé est ainsi modifié :

I. – Au premier alinéa le mot : « L'obligation » est remplacé par les mots suivants : « En application du deuxième alinéa de l'article L. 3111-1, l'obligation » ;

II. – Après le dernier alinéa, il est ajouté les mots suivants :

« C. – Les étudiants en médecine, en chirurgie dentaire et en pharmacie ainsi que les étudiants sages-femmes et les personnes qui sont inscrites dans les écoles et établissements préparant aux professions de caractère sanitaire ou social énumérées ci-après :

« 1° Professions de caractère sanitaire :

« a) Aides-soignants ;

« b) Ambulanciers ;

« c) Audio-prothésistes ;

« d) Auxiliaires de puériculture ;

« e) Ergothérapeutes ;

« f) Infirmiers et infirmières ;

« g) Manipulateurs d'électro-radiologie médicale ;

- « h) Masseurs-kinésithérapeutes ;
- « i) Orthophonistes ;
- « j) Orthoptistes ;
- « k) Pédicures-podologues ;
- « l) Psychomotriciens ;
- « m) Techniciens d'analyses biologiques ;
- « 2° Professions de caractère social :
 - « a) Aides médico-psychologiques ;
 - « b) animateurs socio-éducatifs ;
 - « c) Assistants de service social ;
 - « d) Conseillers en économie sociale et familiale ;
 - « e) Educateurs de jeunes enfants ;
 - « f) Educateurs spécialisés ;
 - « g) Educateurs techniques spécialisés ;
 - « h) Moniteurs-éducateurs ;
 - « i) Techniciens de l'intervention sociale et familiale ;
- « D. – Les personnes qui exercent une activité professionnelle dans les établissements ou services mentionnés au A ainsi que les assistantes maternelles ;
- « E. – Les personnes qui exercent une activité professionnelle dans les laboratoires d'analyses de biologie médicale ;
- « F. – Les personnels des établissements pénitentiaires, des services de probation et des établissements ou services de la protection judiciaire de la jeunesse ;
- « G. – Le personnel soignant des établissements et services énumérés ci-après ainsi que les personnes qui, au sein de ces établissements, sont susceptibles d'avoir des contacts répétés avec des malades tuberculeux :
 - « 1° Etablissements de santé publics et privés, y compris les établissements mentionnés à l'article L. 6141-5 du code de la santé publique ;
 - « 2° Hôpitaux des armées et Institution nationale des invalides ;
 - « 3° Etablissements d'hospitalisation à domicile mentionnés à l'article L. 6125-2 du même code ;
 - « 4° Dispensaires ou centres de soins, centres et consultations de protection maternelle et infantile ;
 - « 5° Etablissements d'hébergement et services pour personnes âgées ;
 - « 6° Structures prenant en charge des malades porteurs du virus de l'immuno-déficience humaine ou des toxicomanes ;
 - « 7° Centres d'hébergement et de réinsertion sociale ;
 - « 8° Structures contribuant à l'accueil, même temporaire, de personnes en situation de précarité, y compris les cités de transit ou de promotion familiale ;
 - « 9° Foyers d'hébergement pour travailleurs migrants.
- « H. – Les sapeurs-pompiers des services d'incendie et de secours. »

Art. 2. – Le présent décret entre en vigueur le 1^{er} avril 2019.

Art. 3. – La ministre des solidarités et de la santé est chargée de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 27 février 2019.

EDOUARD PHILIPPE

Par le Premier ministre :

*La ministre des solidarités
et de la santé,*
AGNÈS BUZYN

- Inscription des étudiants en santé -

Fiche médicale à valider par un médecin

Filière universitaire : **NOM :** **NOM de naissance :**
 Médecine **Prénom :** **Date de naissance :** .. / .. /
 Odontologie **Tél. :** **Email :**
 Pharmacie **ou Institut de formation :** **Département de naissance :** **Code postal lieu de résidence :**
 Sage-femme **Année d'admission :** **Commune de naissance ou pays si né(e) à l'étranger :**

Avant votre entrée en formation, vous devez apporter la preuve que vous êtes vacciné(e) contre différents risques infectieux. **Si vous n'êtes pas à jour des vaccinations obligatoires, vous ne serez pas autorisé(e) à aller en stage. Les tableaux suivants devront être complétés par votre médecin sauf si le carnet de vaccination électronique a été créé sur www.mesvaccins.net et validé par un professionnel de santé. Cette fiche devra être communiquée, avec les résultats**, en même temps que votre dossier d'inscription (article L3111.4 du Code de la Santé Publique).**

Si carnet de vaccination électronique créé et validé par un professionnel de santé : code de partage
 Le médecin n'a rien de plus à compléter. Joindre uniquement les résultats demandés sous pli confidentiel.

Diphtérie-Tétanos-Polio (dTP)* / Diphtérie-Tétanos-Polio-Coqueluche (dTPca)

Rappel dTPca si un vaccin coquelucheux n'a pas été administré dans les 5 dernières années (respecter un délai de 1 mois après le dernier dTP). Lors des rappels à âge fixe (25, 45 et 65 ans), sera réalisé systématiquement un dTPca.

Dernier rappel dTP => Date : .. / .. / **Nom :** **Dernier rappel dTcaP => Date :** .. / .. / **Nom :**

Hépatite B*

Joindre les résultats sérologiques quelle que soit la date**

Rappel des conditions d'immunisation :

- 1) **Ac anti-HBs** > 100 UI/l (quels que soient l'historique vaccinal et l'ancienneté des résultats)
- 2) **Ac anti-HBs** ≥ 10 UI/l et **Ac anti-HBc** négatif (si schéma vaccinal complet)

Les différents schémas complets :

- soit classique (3 doses) : 2 doses à 1 mois d'intervalle, la 3^{ème} au moins 5 mois après la 2^{ème} dose
- soit à l'adolescence (de 11 à 15 ans) : 2 doses espacées de 6 mois
- soit accéléré (à titre exceptionnel) : 3 doses en 21 jours, rappel à 1 an } avec un vaccin contre l'hépatite B dosé à 20 µg

- Première dose => Date : .. / .. / Nom :
- Deuxième dose => Date : .. / .. / Nom :
- Troisième dose => Date : .. / .. / Nom :
- Injections supplémentaires => Date : .. / .. / Nom :
- => Date : .. / .. / Nom :
- => Date : .. / .. / Nom :

Rougeole-Oreillons-Rubéole (ROR)

Personnes nées avant 1980 :

- Antécédent de rougeole => Date : .. / .. / ...
- Pas d'antécédent de rougeole ou doute => vaccination 1 dose recommandée sans contrôle sérologique préalable

Personnes nées depuis 1980 :

- => vaccination 2 doses recommandées quels que soient les ATCD

Schéma vaccinal :

- Première dose => Date : .. / .. / Nom :
- Deuxième dose => Date : .. / .. / Nom :

Varicelle

- Antécédent de maladie
- Pas d'antécédent ou doute

Si pas d'antécédent ou doute => Sérologie à faire
Joindre le résultat**

Si sérologie négative => Vaccination recommandée

- Première dose => Date : .. / .. / Nom :
- Deuxième dose => Date : .. / .. / Nom :

Méningocoque C

Vaccination recommandée jusqu'à l'âge de 24 ans inclus => Date : .. / .. / Nom :

Tuberculose (vaccination non obligatoire à compter du 1^{er} avril 2019) recueillir uniquement des éléments ci-dessous

BCG => Date : .. / .. /	Test tuberculinique (IDR) quelle que soit la date de réalisation (une valeur de référence post-vaccinale est indispensable) - Taille de l'induration en mm :
--	---

Je, soussigné Dr _____ certifie que les renseignements inscrits ci-dessus sont exacts.

Fait le :
 Signature et cachet du praticien :

* Obligatoire

** Nous vous rappelons que tous les éléments demandés doivent être joints sous pli confidentiel.