3ème ANNEE ET 3ème ANNEE COMPLEMENTAIRE

FORMATION INFIRMIERE – RENTREE 2017
DOCUMENTS A RETOURNER

NOM : **NOM D'USAGE :** **Prénom :**

- ☐ Copie de la carte nationale d'identité ou titre de séjour recto-verso, en cours de validité
- ☐ Document affiliation à la sécurité sociale étudiante dûment rempli et signé
- ☐ Attestation **responsabilité civile** en double exemplaire couvrant les risques scolaires et extra-scolaires, valable pour l'année en cours et au nom de l'étudiant (à réclamer à votre assureur)
- ☐ Attestation **responsabilité civile professionnelle**, comportant impérativement ces trois mots en toutes lettres, valable pour l'année en cours et au nom de l'étudiant. A titre d'exemple, les compagnies suivantes fournissent ce document en ligne : MNH, MACSF, ...
- ☐ Fiche Médicale dûment complétée et signée par le médecin traitant et à mettre sous enveloppe comportant nom, prénom, date de naissance, année de rentrée et la mention « CONFIDENTIEL » (**joindre la copie des vaccinations obligatoires**).
  ATTENTION : si vous n'êtes pas à jour dans les vaccinations le jour de la rentrée, vous ne serez pas accepté(e) en formation.
- ☐ 2 copies de l'attestation papier d'assuré social
- ☐ 1 Questionnaire étudiant dûment rempli (**Tous les critères doivent être impérativement renseignés)**
- ☐ 1 fiche de renseignement dûment remplie
- ☐ 2 Copies de l'attestation d'assurance en cours de validité de votre véhicule. Si le véhicule n'est pas à votre nom, un justificatif de votre assureur stipulant que vous en êtes le conducteur habituel
- ☐ 2 Copies de la carte grise du véhicule utilisé
- ☐ 3 RIB

Prévoir:

- ☐ 1 chèque de 184 € (montant susceptible de modification sur arrêté ministériel) à l'ordre du TRESOR PUBLIC pour le paiement des droits d'inscription (si non réglé)
- ☐ 1 chèque de 70,00 € encaissable à l'ordre du Trésor Public (carte multimédia, centre de documentation)
- ☐ 1 chèque de 215 € à l'ordre du Trésor Public pour le règlement de la sécurité sociale étudiante (VITTAVI ou LMDE), si vous êtes concerné(e)

L'étudiant doit fournir tous les documents administratifs nécessaires et requis par le secrétariat selon son calendrier.
A défaut, vous ne serez pas accepté(e) en formation.

IFSI
Centre Hospitalier Garderose
70 Rue des Réaux
33500 LIBOURNE

AFFILIATION SÉCURITÉ SOCIALE ETUDIANTE - ANNÉE 2017 / 2018

NOM : PRÉNOM :

Date de Naissance : Ville de Naissance : N° Département :

Pays de Naissance : Nationalité :

N°immatriculation de l'étudiant : __/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__ /__/__/

Adresse complète :

Tel : Adresse email :

STATUT DE L'ETUDIANT

Est-ce votre 1ère inscription à la Sécurité sociale étudiante ? ☐ **OUI** ☐ **NON**

Quelle est la profession du parent dont vous dépendez pour la sécurité sociale ?

- ☐ **Salarié ou assimilé** (salarié secteur privé, fonctionnaire, salarié ou exploitant agricole, demandeur d'emploi)
- ☐ **Non salarié** (artisans, commerçants, professions libérales, EDF-GDF, Militaires, clerc et employé de notaire)
- ☐ **Autres (à préciser)** .....

Quel âge maximum allez-vous avoir durant l'année universitaire 2017-2018 entre le 01/09/2017 et le 31/08/2018 ?

☐ **Entre 16 et 19 ans** ☐ **entre 20 et 28 ans**

Etes-vous boursier ? ☐ **OUI** ☐ **NON**

CHOIX DE VOTRE CENTRE DE REMBOURSEMENT :

☐ **LMDE (601)** ☐ **VITTAVI (617)**

Pièces justificatives à joindre avec cette notice :

☐ **Cas n°1 (NON COTISANT et AYANT DROIT AUTONOME) : Etudiants ayant entre 16 et 19 ans durant l'année universitaire et dont les parents sont salariés : ces étudiants doivent obligatoirement choisir un centre de remboursement étudiant. Pour eux, la cotisation est gratuite.**

☐ **Cas n°2 (COTISANT) : Etudiants ayant entre 20 et 28 ans durant l'année universitaire et dont les parents sont salariés : ces étudiants doivent obligatoirement choisir un centre de remboursement étudiant et cotiser.**
Pièces à fournir : chèque du montant de la cotisation (€) à l'ordre de .....

☐ **Cas n°3 (NON COTISANT) : Etudiants ayant ENTRE 16 et 19 ans durant l'année universitaire et couvert par des parents non-salariés (artisans, commerçants, professions libérales, EDF-GDF, militaires) : ces étudiants ne choisissent pas de centre de remboursement étudiant, ils restent couverts par le régime des parents.**
Pièces à fournir : attestation sécurité sociale des parents qui couvre l'étudiant (régime indépendant).

☐ **Cas n°4 (COTISANT): Etudiants ayant entre 20 et 28 ans durant l'année universitaire et dont les parents sont non-salariés : ces étudiants doivent obligatoirement choisir un centre de remboursement étudiant et doivent cotiser.**
Pièces à fournir : chèque du montant de la cotisation (€) à l'ordre de .....

☐ **Cas n°5 (NON COTISANT): Etudiants ayant entre 20 et 28 ans durant l'année universitaire et ayant une activité salariée régulière durant TOUTE l'année universitaire : ces étudiants doivent obligatoirement effectuer 60h/mois ou 150h/trimestre.**
Pièces à fournir : photocopie du contrat de travail mentionnant le nombre d'heures

☐ **Cas n°6 : Tout étudiant ayant 29 ans et plus durant l'année universitaire ne bénéficie pas de la Sécurité Sociale Etudiante.**

☐ **Autres cas (NON COTISANT) : si l'étudiant ne s'affilie pas au régime étudiant, il doit obligatoirement fournir des pièces justificatives prouvant qu'il est couvert par un autre régime durant toute l'année universitaire (SNCF, Prise en charge par Pôle Emploi, Salarié, Concubin,...)**

Tout étudiant entre 16 et 28 ans durant l'année universitaire et bénéficiant de la CMU (de base et/ou complémentaire) doit obligatoirement choisir un centre de remboursement étudiant, et cotiser si 20 ans dans l'année universitaire.

Date : **Signature de l'étudiant :**

Rentrée **2017-2018**

Sécurité sociale **étudiante**

INSCRIPTION Mode d'emploi

Étape 01 Déterminez **votre situation**

... en fonction de **votre âge** (atteint entre le 01/09/2017 et le 31/08/2018) et de la **profession du parent** qui vous couvrait jusqu'à présent pour vos remboursements de dépenses de santé.

	Jusqu'à 19 ans né après le 31/08/1998	**20 ans** né entre le 01/09/1997 et le 31/08/1998	**21 à 28 ans** né entre le 01/09/1989 et le 31/08/1997
TRAVAILLEUR SALARIÉ ET ASSIMILÉ Salarié du privé, praticien ou auxiliaire médical conventionné, agent des collectivités territoriales, fonctionnaire, exploitant ou salarié agricole, Banque de France, ouvrier d'État, magistrat, Caisse des dépôts, artiste auteur, CCI de Paris, Comédie-Française, Théâtre national de l'Opéra, demandeur d'emploi.	Sécurité sociale étudiante **OBLIGATOIRE** et **GRATUITE**	Sécurité sociale étudiante **OBLIGATOIRE** et **PAYANTE**	Sécurité sociale étudiante **OBLIGATOIRE** et **PAYANTE**
TRAVAILLEUR NON SALARIÉ ET DÉPENDANT D'UN RÉGIME SPÉCIFIQUE Artisan, commerçant, profession libérale, EDF, GDF (Engie), RATP, Mines, Militaires, clerc et employé de notaire, Sénat, régime des cultes, fonctionnaire international, Caisse des Français à l'Étranger.	Maintien de la Sécurité sociale de vos **PARENTS**	Sécurité sociale étudiante **OBLIGATOIRE** et **PAYANTE**	Sécurité sociale étudiante **OBLIGATOIRE** et **PAYANTE**
AUTRE PROFESSION DÉPENDANT D'UN RÉGIME SPÉCIFIQUE Assemblée Nationale, Marine marchande (ENIM), Grand Port de Bordeaux.	Maintien de la Sécurité sociale de vos **PARENTS**	Maintien de la Sécurité sociale de vos **PARENTS**	Sécurité sociale étudiante **OBLIGATOIRE** et **PAYANTE**
AGENT SNCF	Maintien de la Sécurité sociale de vos **PARENTS**		

CAS PARTICULIERS

Étudiant salarié
Vous êtes dispensé de l'affiliation à la Sécurité sociale étudiante si votre contrat de travail couvre sans interruption la période du 01/09/2017 au 31/08/2018, à raison de 150 h par trimestre ou 600 h par an.

Étudiant en provenance de l'étranger
- UE/EEE : pas d'affiliation sur présentation de la Carte Européenne d'Assurance Maladie.
- Hors UE/EEE : l'affiliation est obligatoire. Elle est payante sauf pour les étudiants de moins de 20 ans.

Étudiant boursier
Vous êtes exonéré de la cotisation sur présentation de l'attestation définitive de bourse ou de la notification provisoire d'attribution.

Plus d'informations sur **www.vittavi.fr**

215 €
Montant de la cotisation Sécurité sociale étudiante en 2016/2017.
Montant à régler auprès de votre établissement d'enseignement supérieur

Étape 02 ☑ Choisissez **Vittavi - réseau emeVia** sur votre dossier d'inscription

Étape 03 **Pièces justificatives** pour finaliser votre inscription chez Vittavi

1ère inscription

	Âge atteint entre le 01/09/2017 et le 31/08/2018 — **De 16 à 28 ans**	
Cas n° 01 *Vous avez un numéro de Sécurité sociale personnel*		
Preuve de votre affiliation copie de votre attestation d'inscription, quittance de vos droits ou copie du formulaire Cerfa S 1205h précisant Vittavi comme centre payeur de Sécurité sociale	✓	
Relevé d'Identité Bancaire (IBAN) ou Postal (RIP) ou de Caisse d'Épargne (RICE) avec la mention IBAN à 27 caractères et à vos nom et prénom	✓	
Attestation de bourse provisoire ou définitive (si vous en bénéficiez)	✓	✓
Cas n° 02 *En complément, si vous n'avez pas de numéro de Sécurité sociale*	Né en France	Né à l'étranger
Formulaire de déclaration de votre médecin traitant	✓	✓
Photocopie d'une pièce d'identité		✓
Extrait d'acte de naissance (traduit par un traducteur assermenté)		✓
Copie d'un titre de séjour en cours de validité pour les étudiants étrangers nés hors UE/EEE* (convocation ou récépissé acceptés) ** Union Européenne / Espace Économique Européen*		✓ ✓

✓ À remettre à Vittavi — ✓ À remettre à votre établissement

Transmettez-nous ces pièces justificatives :

- via les formulaires de contact de notre **agence en ligne** (eVittavi agence en ligne)
- ou dans l'une de nos **agences** voir liste complète sur www.vittavi.fr
- ou par courrier à
  Vittavi
  Service Affiliation
  PA de la Grande Plaine
  2 impasse Henri Pitot
  CS 55876
  31506 Toulouse cedex 5

Réinscription

Pour un renouvellement d'affiliation chez Vittavi, il vous suffit de nous fournir votre preuve d'affiliation et votre attestation de bourse (cf. ci-dessus).

LA SÉCURITÉ SOCIALE DES ÉTUDIANTS

Mutuelle étudiante de proximité membre du Réseau national emeVia

L'Assurance Maladie — msa santé famille retraite services — RSI

Sécurité Sociale Étudiante
Vittavi Mutuelle
Réseau emeVia

Sécurité sociale **étudiante**

Sécurité Sociale Étudiante Vittavi Mutuelle Réseau emeVia

Notre équipe de conseillers à votre service

DANS VOS AGENCES DE PROXIMITÉ

Académie de BORDEAUX

- **24 - Périgueux** | 11 rue de la République
- **33 - Bordeaux** *Université* | Rue Pujol - Pessac
- **33 - Bordeaux** *Rive droite* | 65 avenue Thiers
- **33 - Bordeaux** *Centre* | 15 cours G. Clemenceau
- **40 - Mont de Marsan** | Allée de la Capère
- **47 - Agen** | 100 boulevard Carnot
- **64 - Bayonne** | 20 allées Paulmy
- **64 - Pau** | 10 place Georges Clemenceau

Académie de LIMOGES

- **19 - Brive La Gaillarde** | 30 avenue de Paris
- **87 - Limoges** | 41 rue des Tanneries

Académie de TOULOUSE

- **31 - Toulouse** *Centre* | 9 rue Matabiau
- **31 - Toulouse** *Cité de l'Espace*
  PA de la Grande Plaine - 2 impasse Henri Pitot
- **65 - Tarbes** | 36 rue Larrey
- **81 - Albi** | 10 avenue Gambetta

Académie de L'ÎLE DE LA RÉUNION

- **Le Tampon** | Université de La Réunion
  117 rue du Général Ailleret
- **Saint-Denis** | Bât. B - 16 bis rue Jean Chatel
- **Saint-Denis** | Esp. de la Vie étudiante - Local 102
  Université de La Réunion - 15 avenue René Cassin

ET AUSSI...

09 - Pamiers ▪ 12 - Rodez ▪ 24 - Bergerac ▪ 31 - Colomiers, Muret, Revel, St-Gaudens ▪ 32 - Auch, Condom ▪ 33 - Blaye, Bordeaux, Castillon La Bataille, Coutras, Langon, La Teste de Buch, Lesparre, Libourne ▪ 40 - Aire-sur-l'Adour, Biscarrosse, Dax, Mimizan, Mont de Marsan, St-Vincent-de-Tyrosse ▪ 46 - Cahors ▪ 47 - Agen, Marmande, Villeneuve-sur-Lot ▪ 64 - Bayonne, St-Jean-de-Luz ▪ 81 - Albi, Castres ▪ 82 - Montauban

Adresses complètes sur vittavi.fr

PAR TÉLÉPHONE

05 -- -- -- -- Liste complète des numéros agences sur www.vittavi.fr

ou **0 825 825 715** Service 0,18 € / min + prix appel

PAR COURRIER

Affiliation
Vittavi - Service Affiliation
PA de la Grande Plaine
2 imp. Henri Pitot - CS 55876
31506 Toulouse Cedex 5

Remboursements
Vittavi - Service Prestations
353 boulevard du Président Wilson
CS 31868
33079 Bordeaux Cedex

SUR INTERNET

- SUR VITTAVI.FR (@Vittavi agence en ligne)
  - PAR E-MAIL
  - PAR TCHAT
  - VIA L'ESPACE ADHÉRENT
- VIA LES RÉSEAUX SOCIAUX (posts, tweets, MP...)
  www.facebook.com/vittavi.mutualite @vittavi
- VIA L'APPLI MOBILE

PROXIMITÉ et DISPONIBILITÉ

GESTION IMMÉDIATE de VOTRE DOSSIER SÉCU

- Enregistrement de votre **AFFILIATION** avec prise d'effet au 1er septembre
- Enregistrement de vos **PIÈCES JUSTIFICATIVES** (RIB, attestation de bourse...)
- Remise de votre **ATTESTATION** de Sécurité sociale
- Traitement de vos **FEUILLES DE SOINS** en agence
- **TRANSMISSION AUTOMATIQUE** de vos décomptes à la mutuelle de vos parents
- Pas d'avance de frais grâce au **TIERS PAYANT NATIONAL**
  Partout en France, nous réglons pour vous les professionnels de santé.

EFFICACITÉ RECONNUE

Vittavi est recommandée par la mutuelle de vos parents et vos associations étudiantes

Listes complètes disponibles sur www.vittavi.fr

Des RÉDUCS, des BONS PLANS et de l' INFO avec MyVittavi

Vittavi et **le réseau national emeVia** facilitent votre mobilité tout au long de votre cursus !

emeVia

Le réseau national des mutuelles étudiantes de proximité

mep · MGEL · SMENO · SMEBA · Vittavi · SMEREB · SMECO · SMERRA

- Inscription des étudiants en santé -

Fiche médicale à valider par un médecin

Filière universitaire : .....
- ☐ Médecine
- ☐ Odontologie
- ☐ Pharmacie
- ☐ Sage-femme

ou Institut de formation : .....

Année d'admission : .....

NOM : .....

Prénom : .....

Tél. : .....

Département de naissance : .....

Commune de naissance ou pays si né(e) à l'étranger : .....

NOM de jeune fille : .....

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

Email : .....

Code postal lieu de résidence : .....

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 médecin. 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 médecin : 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*

Rappel des conditions d'immunisation :
1) **Ac anti-HBs** > 100 UI/l (quel que soit l'historique vaccinal et l'ancienneté des résultats)
2) **Ac anti-HBs** ≥ 10 UI/l et **Ac anti-HBc** négatif (si schéma vaccinal complet)
Joindre les résultats**

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

Attention !! Stratégie vaccinale en période de pénurie : se référer à l'avis du Haut Conseil de la Santé Publique du 14/02/2017 (cf. algorithme décisionnel - page 19). En savoir plus sur la pénurie de vaccins : www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr

Rougeole-Oreillons-Rubéole (ROR)

- **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

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

Tuberculose* En période de pénurie : pas de vaccination (cf. avis du HCSP du 18/04/2016 et 10/03/2017)

BCG
=> Date : .. / .. / ....

Test tuberculinique (IDR)
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.***

Réalisation : département communication ARS Nouvelle-Aquitaine (2017-2018)

Suis-je à jour de mes vaccinations ?

Bonne question !... Car c'est indispensable pour mon inscription.

Vous envisagez d'exercer un métier dans le domaine de la santé ? Pour cela, il est indispensable que vous soyez vaccinés.

La vaccination est utile pour soi mais aussi pour protéger les autres, notamment les personnes les plus fragiles. Ainsi, la vaccination vous protège contre certaines maladies infectieuses et protègera également les patients auprès desquels vous interviendrez.

Attention : n'attendez pas les résultats des concours, faites vérifier vos vaccins par un médecin car être correctement vacciné peut prendre plusieurs mois.

Voici la liste des vaccins à faire* :

BCG	Obligatoire
Diphtérie - Tétanos - Poliomyélite	Obligatoire
Coqueluche	Recommandé
Grippe saisonnière	Recommandé
Hépatite B	Obligatoire
Rougeole - Oreillons - Rubéole (ROR)	Recommandé
Varicelle	Recommandé
Méningocoque C	Recommandé

Tous ces vaccins sont jugés comme indispensables compte tenu du milieu professionnel dans lequel vous envisagez d'évoluer. Ils conditionnent l'entrée dans votre formation ainsi que la réalisation de vos stages programmés dans le cadre de votre cursus.

* Source : Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2014

A l'issue du concours, si vous êtes admis, vous devez impérativement remettre dans votre dossier d'inscription de formation la fiche vaccination complétée par un médecin.

Pour savoir si vous êtes à jour de vos vaccinations, créez votre carnet de vaccination électronique sur
www.mesvaccins.net
Il vous suivra durant toute votre carrière !

Réalisation : service communication ARS Aquitaine (2014-2015)

Drees

FORMATION AUX PROFESSIONS SANITAIRES

Questionnaire Etudiant

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Ecole / Institut de formation ☐

Formation ☐

Mois et année de la rentrée actuelle *(MM)* ☐☐ / 2017

Nom *(majuscule)* ☐

Prénoms *(majuscule)* ☐

QUESTIONS CONCERNANT TOUS LES ETUDIANTS AYANT EFFECTUE UNE RENTREE SCOLAIRE EN 2017

Identifiant National Étudiant (INE) ou numéro BEA ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Ce numéro est précisé sur votre relevé de notes au baccalauréat (B.E.A.) ou sur votre carte d'étudiant (I.N.E.).

Année de formation

- ☐ 1 1ère année
- ☐ 2 2ème année
- ☐ 3 3ème année
- ☐ 4 4ème année

Redoublant en 2017

- ☐ OUI
- ☐ NON

Mois et année de la 1ère entrée dans la formation suivie actuellement

☐☐ / ☐☐☐☐
Mois (MM) Année (AAAA)

Sexe

- ☐ Féminin
- ☐ Masculin

Nationalité

- ☐ Française
- ☐ Union Européenne
- ☐ Autre

Date de naissance

☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐
Jour (JJ) Mois (MM) Année (AAAA)

Avez-vous une reconnaissance administrative d'un handicap ou d'une perte d'autonomie * ?

- ☐ 1 Oui
- ☐ 2 Demande en cours
- ☐ 3 Non
- ☐ 4 Ne sait pas

(*) reconnaissance par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), bénéfice de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) par exemple

Votre situation à l'entrée en formation vous a-t-elle permis de bénéficier d'une :

Dispense partielle de formation suite à une VAE ? ☐ OUI ☐ NON

Dispense partielle de formation hors VAE ? ☐ OUI ☐ NON

(y compris allègement en 1ère année ou entrée directe en 2ème ou 3ème année par exemple)

Quel est votre statut actuellement ? *(cocher une seule case)*

- ☐ 1 Etudiant / élève sans autre statut
- ☐ 2 Apprenti
- ☐ 3 Salarié du privé ou Congé Individuel de Formation (CIF)
- ☐ 4 Agent de la Fonction Publique (titulaire, contractuel ou vacataire) ou Congé de Formation Professionnelle (CFP)
- ☐ 5 Demandeur d'emploi ayant quitté le système scolaire depuis moins d'un an
- ☐ 6 Autre demandeur d'emploi
- ☐ 7 Sportif de haut niveau

De quelles aides financières bénéficiez-vous pour suivre cette formation ? *(cocher 2 cases au maximum)*

- ☐ 1 Aucune aide financière
- ☐ 2 Etudiants : bourse ou autre aide financière du Conseil Régional
- ☐ 3 Etudiants : bourse d'un Conseil Départemental ou d'un autre organisme
- ☐ 4 Contrat d'apprentissage
- ☐ 5 Salariés du privé: contrat de professionnalisation
- ☐ 6 Salariés du privé ou agents de la Fonction Publique : contrat aidé
- ☐ 7 Salariés du privé ou agents de la Fonction Publique : formation continue
- ☐ 8 Salariés de la Fonction Publique Hospitalière : promotion professionnelle
- ☐ 9 Congé Individuel de Formation ou Congé de Formation Professionnelle
- ☐ 10 Demandeurs d'emploi (qui bénéficient à ce titre d'une indemnité chômage/allocation de retour à l'emploi/allocation formation)
- ☐ 11 Allocations d'études (pour les formations en soins infirmiers, en masso-kinésithérapie ou de manipulateur d'électroradiologie médicale)
- ☐ 12 Autre prise en charge
- ☐ 13 Demande de prise en charge en cours

Si votre formation est financée par un ou plusieurs organismes, indiquez lequel ou lesquels *(cocher 2 cases au maximum)*

- ☐ 1 Pas de financement extérieur
- ☐ 2 Conseil régional
- ☐ 3 Conseil départemental
- ☐ 4 Employeur
- ☐ 5 OPCA *(y compris FONGECIF)*
- ☐ 6 Pôle emploi
- ☐ 7 Autre
- ☐ 8 Ne sait pas

QUESTIONS NE CONCERNANT QUE LES NOUVEAUX INSCRITS EN 2017

Code du département d'habitation 12 mois avant la formation[1] ☐

Code du département d'habitation à la fin des études secondaires (collège ou lycée)[1] ☐

[1] *Corse : 2A ou 2B,*
Départements d'outre-mer : 9A pour Guadeloupe, 9B pour Martinique, 9C pour Guyane, 9D pour Réunion, 9F pour Mayotte
Autres territoires d'outre-mer : 97 pour Saint-Pierre Miquelon et 98 Afrique et terres australes, Wallis et Futuna et Nouvelle Calédonie
99 pour étranger

Avez-vous interrompu vos études pendant plus d'un an pour exercer une activité rémunérée ☐ OUI ☐ NON

Professions de vos parents (ou tuteur) lorsque vous êtiez au collège[2]

*[2]**Attention** : il s'agit de la dernière profession exercée pour les parents retraités, décédés ou en recherche d'emploi. Cette donnée sociologique nous est très précieuse pour étudier les transformations des filières du sanitaire et social et de nombreux chercheurs dans ce domaine attendent de pouvoir l'analyser. Elle nous est utile même dans le cas où vous êtes marié(e) ou bien êtes vous-même devenu(e) parent.*

Cocher une seule case par colonne, en vous référant au tableau des professions ci-dessous

Père
- ☐ 1 Agriculteur
- ☐ 2 Artisan, commerçant et chef d'entreprise
- ☐ 3 Cadre et profession intellectuelle supérieure
- ☐ 4 Profession intermédiaire
- ☐ 5 Employé
- ☐ 6 Ouvrier
- ☐ 7 Inactif (n'a jamais travaillé)

Mère
- ☐ 1 Agriculteur
- ☐ 2 Artisan, commerçant et chef d'entreprise
- ☐ 3 Cadre et profession intellectuelle supérieure
- ☐ 4 Profession intermédiaire
- ☐ 5 Employé
- ☐ 6 Ouvrier
- ☐ 7 Inactif (n'a jamais travaillé)

Tuteur
- ☐ 1 Agriculteur
- ☐ 2 Artisan, commerçant et chef d'entreprise
- ☐ 3 Cadre et profession intellectuelle supérieure
- ☐ 4 Profession intermédiaire
- ☐ 5 Employé
- ☐ 6 Ouvrier
- ☐ 7 Inactif (n'a jamais travaillé)

Liste détaillée	Liste simplifiée	Code
Agriculteur exploitant	Agriculteur	1
Artisan Commerçant et assimilé Chef d'entreprise de dix salariés ou plus	Artisan, commerçant et chef d'entreprise	2
Profession libérale Cadre de la fonction publique Professeur et assimilé Profession information, arts, spectacles Cadre administratif et commercial d'entreprise [1] Ingénieur- cadre technique d'entreprise	Cadre et profession intellectuelle supérieure	3
Instituteur et assimilé Profession intermédiaire santé-travail social [2] Clergé, religieux Profession intermédiaire adm.-commerce-entr; Technicien Contremaître, Agent de maîtrise	Profession intermédiaire	4
Employé civil-Agent service fonction publique [3] Policier et militaire Employé administratif d'entreprise [4] Employé de commerce [5] Person. service direct aux particuliers [6]	Employé	5
Ouvrier qualifié Ouvrier non qualifié Ouvrier agricole	Ouvrier	6
Père (ou mère) n'ayant jamais travaillé	Inactif	7

(1) Cadre chargé d'études économiques, du recrutement, de la formation, de gestion courante des services financiers, chef de produit, cadre de banque, d'assurance...

(2) Infirmier, puéricultrice, sage-femme, rééducateur, préparateur en pharmacie, assistante sociale, éducateur, conseiller familial...

(3) Agent de la Poste, des impôts, du Trésor, des Douanes, aide soignant, agent de service hospitalier ...

(4) Secrétaire, dactylo, opératrice de saisie, standardiste, employé de service comptable, financier ou juridique, employé de banque, d'assurance, hôtesse d'accueil ...

(5) Vendeur en gros de biens d'équipements, en alimentation, en ameublement, photos, employé de libre service, caissier de magasin, pompiste...

(6) Employé dans la restauration, coiffeur, esthéticien, assistante maternelle, employé de maison, gardien d'immeuble, technicien de l'intervention sociale et familiale ...

Situation principale avant la première entrée dans l'établissement de formation *(cocher une seule case)*
- ☐ 0 Autre formation sanitaire que celle suivie actuellement
- ☐ 1 Etudes secondaires (niveau inférieur ou égal au baccalauréat)
- ☐ 2 Formation préparatoire à l'entrée dans la formation actuelle
- ☐ 3 Première année commune aux études de santé en Faculté de médecine (PACES)
- ☐ 4 Etudes supérieures (hors classe de préparation à la formation actuelle)
- ☐ 5 Emploi dans le secteur sanitaire, social ou médico-social
- ☐ 6 Emploi dans un autre secteur
- ☐ 7 Suivi de la même formation dans un autre établissement
- ☐ 8 Participation à un dispositif de formation professionnelle destiné aux personnes à la recherche d'un emploi ou d'une qualification
- ☐ 9 Chômage
- ☐ 10 Inactivité liée à la maladie ou à la maternité
- ☐ 11 Autres cas d'inactivité (pour élever un enfant, ...)

Niveau d'études (jusqu'au bac) ou diplôme le plus élevé (à partir du bac) lors de l'accès à la formation *(cocher une seule case)*
- ☐ 1 Cycle d'études primaires ou niveau 6e, 5e, 4e
- ☐ 2a BEP Accompagnement, soins et services à la personne (ASSP), BEP carrière sanitaire et sociale
- ☐ 2b BEPA services aux personnes
- ☐ 2c BEPC (niveau ou diplôme)
- ☐ 2d CAPA Services en milieu rural
- ☐ 3 Autres BEP, CAP, ou fin 2nde ou 1ère
- ☐ 4 Niveau fin terminale
- ☐ 6 Baccalauréat
- ☐ 8 Equivalence Baccalauréat (DAEU...) ou titre/diplôme de niveau IV
- ☐ 9 BTS
- ☐ 10 DUT ou niveau de bac+2 à caractère professionnel
- ☐ 11a Première année de licence validée (L1)
- ☐ 11b Deuxième année de licence validée (L2, DEUG, DEUST)
- ☐ 12 LICENCE (L3)
- ☐ 13 MASTER 1 / MAITRISE (M1)
- ☐ 14 MASTER 2 / DESS, DEA (M2)
- ☐ 15 DOCTORAT

Série de baccalauréat *(cocher une seule case)*
- ☐ 1 Série L (A)
- ☐ 2 Série ES (B)
- ☐ 3 Série S (C, D, D', E)
- ☐ 4 Série STI2D et STD2A (STI, F1A, F1E, F2, F3, F4, F9, F10A&B, F12)
- ☐ 5 Série STL (F5, F6, F7, F7')
- ☐ 6 Série STMG (STG, STT, G, H)
- ☐ 7 Série STAV (STPA, STAE)
- ☐ 8 Série ST2S (SMS, F8)
- ☐ 9 Série Hôtellerie
- ☐ 10 Séries TMD (F11, F11')
- ☐ 11a Baccalauréat professionnel ASSP
- ☐ 11b Baccalauréat professionnel SAPAT
- ☐ 11c Baccalauréat professionnel SPVL
- ☐ 12 Autre baccalauréat professionnel
- ☐ 13 Equivalence / Titre à l'étranger

Année d'obtention du baccalauréat ☐☐☐☐ *(AAAA)*

Diplôme professionnel du secteur sanitaire ou social déjà obtenu *(cocher une seule case)*
- ☐ 1 Aucun diplôme sanitaire ou social
- ☐ 2a Diplôme d'État Aide médico-psychologique (DEAMP)
- ☐ 2b Diplôme d'État Auxiliaire de vie sociale (DEAVS)
- ☐ 2c Autre diplôme du secteur social ou médico-social
- ☐ 3 Ambulancier
- ☐ 4 Infirmier
- ☐ 5 Sage-femme
- ☐ 6 Masseur-kinésithérapeute
- ☐ 7 Technicien de laboratoire médical
- ☐ 8 Aide-soignant
- ☐ 9 Pédicure-podologue
- ☐ 10 Manipulateur d'électroradiologie médicale
- ☐ 11 Ergothérapeute
- ☐ 12 Psychomotricien
- ☐ 13 Auxiliaire de puériculture
- ☐ 14 Préparateur en pharmacie hospitalière
- ☐ 15 Autre diplôme sanitaire

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à recenser les étudiants inscrits dans les formations du secteur sanitaire. Les destinataires des données sont : votre établissement de formation, la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS), l'Agence Régionale de Santé (ARS), les Ministères des affaires sociales et de la santé, de l'économie et des finances, le ministère chargé du travail et de l'emploi, le ministère en charge de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur. Conformément à la loi "Informatique et libertés" du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à votre direction. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

□ **3ème année** □ **3ème année complémentaire**

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS
CENTRE HOSPITALIER GARDEROSE
33505 Libourne cedex **RENTREE 2017**

NOM (en lettre d'imprimerie) ..... NOM D'EPOUSE.....

PRENOM ..... NATIONALITE .....

DATE ET LIEU DE NAISSANCE ..... à .....

NUMERO SECURITE SOCIALE .....
(Obligatoire - Vous a été adressé par la C.P.A.M.)

ADRESSE : (**Nous informer impérativement de tout changement d'adresse ou de téléphone pendant la formation)**
.....
TEL.FIXE :..... PORTABLE :.....
MAIL :.....

Situation Famille : ..... Nombre d'enfants : .....

ADRESSE DE LA PERSONNE A PREVENIR SI BESOIN :
.....
LIEN DE PARENTE : .....
TEL.FIXE :..... PORTABLE :.....

PROFESSION DES PARENTS : PERE :..... MERE : .....
TUTEUR :.....

PROFESSION DU CONJOINT : .....

DIPLOMES : ..... ANNEES D'OBTENTION : .....
BAC : □ OUI □ NON SERIE : ..... ANNEE D'OBTENTION : .....

NIVEAU D'ETUDES : .....

SITUATION OU EMPLOI OCCUPE avant l'entrée en formation : .....
.....

NOM ET ADRESSE DU DERNIER EMPLOYEUR :.....
.....

ORGANISME DE FINANCEMENT SOLLICICTE :.....
OBTENU : OUI □ NON □

PREPARATION CONCOURS : ANNEE :.....
LIEU ET ADRESSE :.....

COMBIEN AVEZ-VOUS PRESENTE DE CONCOURS EN IFSI ? .....
A COMBIEN DE CONCOURS AVEZ-VOUS ETE ADMIS ? .....

LISTE PRINCIPALE :.....

LISTE COMPLEMENTAIRE :.....

Possédez-vous le permis : OUI NON
Possédez-vous un véhicule : OUI NON

Posséder un véhicule est nécessaire pour les déplacements en stage