CENTRE HOSPITALIER de LIBOURNE

_____

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS
HOPITAL GARDEROSE
70, rue des Réaux

33500 LIBOURNE

_____

DOSSIER D'INSCRIPTION FORMATION INFIRMIERE RENTREE 2017

A RAMENER COMPLET LE JOUR DE LA PRE-RENTREE FIXEE LE 31/08/2017 A 08H00

CENTRE HOSPITALIER de LIBOURNE

_____

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS
HOPITAL GARDEROSE
70, rue des Réaux

33500 LIBOURNE

_____

☎ 05.57.25.49.16.
Fax 05.57.25.49.08.

secretariat.ifsi@ch-libourne.fr

Libourne, Le 30 Juin 2017

CONSIGNES IMPORTANTES CONCERNANT LA PENURIE DES VACCINS CONTRE L'HEPATITE B

Références :

- Instruction n° DGS/CORRUSS/SP1/PP2/DGOS/PF2/RH1/2017/196 du 9 juin 2017 relative à la mise en œuvre de dispositifs spécifiques de gestion des vaccins adultes contre l'hépatite B disponibles en France pendant la période de pénurie.
- Annexe 1 : Message type destiné aux organismes de formation et aux élèves et étudiants des professions médicales et paramédicales, en vue de la rentrée de septembre 2017.

« La vaccination contre l'hépatite B est obligatoire pour les étudiants infirmiers / élèves aides-soignants avant le départ en stage. Or le vaccin connaît actuellement de fortes tensions d'approvisionnement et un plan a été élaboré par le ministère de la santé afin de permettre la vaccination de tous.
Aussi, si vous n'êtes pas encore vacciné, vous devez vous procurer les doses de vaccins auprès de la pharmacie à usage intérieur située à : Pharmacie – Centre Hospitalier de LIBOURNE – 112 rue de la Marne – 33500 Libourne, en vous présentant muni du présent courrier et d'une prescription unique de votre médecin traitant pour deux doses de vaccin contre l'hépatite B dès le mois de juillet : en effet, la couverture vaccinale prévoit deux injections de vaccin ENGERIX B 20 microgrammes/1 ml à un mois d'intervalle, la deuxième au plus tard un mois avant le début du premier stage.
L'administration des vaccins sera réalisée par votre médecin traitant, exceptionnellement, s'il y a lieu, par le service de santé au travail de votre lieu de stage.
Nous vous remercions de suivre ces consignes afin de permettre la vaccination de tous les étudiants en santé concernés »

Tam NGUYEN
Directeur des Soins
Coordonnateur des instituts de formation
en soins infirmiers, aide-soignant et formation continue
Centre Hospitalier de LIBOURNE

CENTRE HOSPITALIER de LIBOURNE

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS
HOPITAL GARDEROSE
70, rue des Réaux

33500 LIBOURNE

☎ 05.57.25.49.16.
Fax 05.57.25.49.08.
secretariat.ifsi@ch-libourne.fr

PROCEDURE A SUIVRE POUR RECUPERER LES DEUX VACCINS CONTRE L'HEPATITE B

Afin de récupérer les deux vaccins contre l'Hépatite B, vous devez vous rendre à compter du mercredi 12 juillet 2017 au bureau des entrées de l'Hôpital Robert Boulin de Libourne (112 rue de la Marne, 33500 LIBOURNE), guichet B (celui des ambulanciers) où un agent sera attribué spécifiquement à votre accueil.

Pour ce faire, et afin que votre dossier soit correctement renseigné, vous devrez obligatoirement vous munir de :
- votre carte d'identité
- votre carte mutuelle
- votre carte vitale et/ou une attestation papier de vos droits de sécurité sociale
- un justificatif de domicile.

Après ceci, vous devrez vous rendre à la Pharmacie de l'Hôpital, avec la prescription de votre médecin traitant pour les deux doses de vaccins contre l'Hépatite B et le courrier confirmant votre admission en formation à l'IFSI de Libourne. Vous devez prendre les précautions nécessaires afin que les vaccins soient maintenus à une température comprise entre 2° et 8° lors du transport de ceux-ci (sac isotherme, glacière, …).

Ensuite, vous devrez retourner chez votre médecin traitant afin qu'il procède aux injections.

Nous vous remercions de suivre ces consignes scrupuleusement.

Tam NGUYEN
Directeur des Soins
Coordonnateur des instituts de formation
en soins infirmiers, aide-soignant et formation continue
Centre Hospitalier de LIBOURNE

1ère ANNEE – AS / AP

FORMATION INFIRMIERE – RENTREE 2017
DOCUMENTS A RETOURNER

NOM : **NOM D'USAGE :** **Prénom :**

- ☐ Pour les titulaires du baccalauréat, relevé des notes
- ☐ Numéro INE ou BEA (Figurant sur le relevé de notes du baccalauréat)
- ☐ Copie de la carte nationale d'identité ou titre de séjour recto-verso, en cours de validité
- ☐ Certificat de participation à la journée d'appel de préparation à la Défense (APD) (ou original et photocopie de l'Attestation de Recensement délivrée par la Mairie de votre domicile, uniquement si la journée d'appel n'a pas été faite)
- ☐ 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, …
- ☐ **Certificat d'un médecin agréé par la D.R.J.S.C.S. attestant que l'élève ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession** (vous trouverez la liste des médecins agréés sur le site de la D.R.J.S.C.S. de votre département)
- ☐ 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 de vos vaccinations le jour de la rentrée, vous ne serez pas accepté(e) en formation.
- ☐ 2 copies de l'attestation papier d'assuré social
- ☐ 2 copies de la carte vitale recto-verso
- ☐ Formulaire pour demande de carte de badge permettant l'accès au self du personnel et pour certains stages
- ☐ 1 Questionnaire étudiant dûment rempli (**Tous les critères doivent être impérativement renseignés)**
- ☐ 1 fiche de renseignements dûment remplie
- ☐ Si vous possédez le brevet informatique et internet lycée – niveau 3 (B2 I), en fournir une copie
- ☐ Justificatif prise en charge par votre employeur ou organisme de financement s'il y a lieu (ANFH, FONGECIF, POLE EMPLOI …) (copie de votre carte POLE EMPLOI)

- ☐ 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:

- ☐ 2 chèques pour l'achat d'ouvrages scolaires (**les montants et les ordres vous seront donnés le jour de la pré-rentrée**)

- ☐ 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 81 € pour le paiement des tenues professionnelles (**l'ordre sera communiqué par le fournisseur**). Les étudiants qui possèdent déjà des tenues, voir avec les Formateurs le jour de la pré-rentrée.

- ☐ 1 chèque de 110,00 € pour les 1ère année, encaissable à l'ordre du Trésor Public (carte multimédia, centre de documentation)

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.

- 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)

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 A REMPLIR

OBLIGATOIREMENT

NOM :.....

NOM DE JEUNE FILLE : .....

PRENOM :.....

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

Numéro sécu : .....

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**

☐ **Attestation de l'assurance stipulant le nom du conducteur principal**

Fondation Sabatié
112, rue de la Marne – BP 199
33505 Libourne Cedex
☎ standard : 05 57 55 34 34

Hôpital Robert Boulin
112, rue de la Marne – BP 199
33505 Libourne Cedex
☎ standard : 05 57 55 34 34

Hôpital Garderose
70, rue des Réaux – BP 199
33505 Libourne Cedex
☎ standard : 05 57 55 34 34

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.

1ère ANNEE – AS/AP

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