

## DOSSIER D'ENTRÉE EN FORMATION

# INFIRMIER DIPLÔMÉ D'ÉTAT

PROMOTION .....

<b>CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION</b>	
<input type="checkbox"/>	Conseil Régional d'Île-de-France
<input type="checkbox"/>	Individuel
<input type="checkbox"/>	Autre prise en charge

Photo
-------

### État Civil

**NOM DE NAISSANCE** (ÉCRIVEZ EN MAJUSCULES) :

**NOM D'ÉPOUSE** (ÉCRIVEZ EN MAJUSCULES) :

**Prénoms :**

**Sexe :** Féminin   
Masculin

**Nationalité :**

**Date de naissance :**

**Lieu de naissance :**

**Département de naissance :**

**Adresse personnelle :** .....

**Code postal :**

**Ville :**

**Pays :**

**Adresse à votre entrée en formation :** .....

**Code postal :**

**Ville :**

**Téléphone :**

**Courriel :**

## Situation Familiale

<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Marié(e)	<input type="checkbox"/> Pacsé(e)
<input type="checkbox"/> Concubin(e)	<input type="checkbox"/> Divorcé(e)	<input type="checkbox"/> Veuf(ve)
Nombre d'enfants : ....		Âge(s) : .....

## Situation à l'Entrée en Formation

Moins de 26 ans en poursuite d'études sans interruption  
Moins de 26 ans avec interruption de scolarité de moins de 2 ans  
Demandeur d'emploi

Si c'est le cas, percevez-vous une rémunération ? OUI  NON

Si oui, quelle est la date de fin de votre rémunération : .....

<input type="checkbox"/>	Bénéficiaire d'un PEC (Parcours Emploi Compétences)		
<input type="checkbox"/>	Bénéficiaire du RSA (Revenu de Solidarité Active)		
<input type="checkbox"/>	Salarié en CDD	<input type="checkbox"/> Public	<input type="checkbox"/> Privé
<input type="checkbox"/>	Salarié en CDI	<input type="checkbox"/> Public	<input type="checkbox"/> Privé
<input type="checkbox"/>	Fonctionnaire		
<input type="checkbox"/>	Autre (précisez) : .....		

## Situation Sociale

Activité professionnelle au moment de votre entrée en formation : .....

Nom & Adresse de votre dernier employeur : .....

Code postal de votre dernier employeur : .....

Ville de votre dernier employeur : .....

## Situation Scolaire

Niveau d'études (si niveau Terminale, indiquez la série) : .....

Série et année du Baccalauréat obtenu : .....

Autre(s) diplôme(s) obtenu(s) (Précisez l'année d'obtention) : .....

## Public en Situation de Handicap

Avez-vous bénéficié d'un aménagement lors de votre scolarité ? OUI   
NON

Avez-vous besoin d'un aménagement spécifique durant votre formation ? OUI   
NON

Si oui, lequel : .....

## Mode de Transport pendant la Formation

<input type="checkbox"/> Voiture	<input type="checkbox"/> 2 roues motorisées	<input type="checkbox"/> Transport en commun
<input type="checkbox"/> Bicyclette	<input type="checkbox"/> Piéton	<input type="checkbox"/> Autre (précisez) : .....
Durée de transport entre votre domicile et l'IFITS : .....		

## Dossier Financement de la Formation

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

Les informations demandées dans cette page aideront à déterminer les moyens de financement de votre formation.

Les pièces à fournir doivent nous parvenir en même temps que votre dossier d'inscription sous peine de ne pas pouvoir intégrer la formation.

Vous ne devez cocher qu'une seule case parmi toutes les propositions dans le tableau 1 ou 2 ci-dessous.

### « 1. Éligible à la Subvention Régionale »

Moins de 26 ans en poursuite d'études sans interruption (y compris contrat de travail étudiant)

• **Fournir : Dernier Certificat de scolarité**

Moins de 26 ans avec interruption de scolarité de moins de 2 ans avant le démarrage de la formation

• **Fournir : Dernier Certificat de scolarité**

Jeune dont le service civique s'est achevé dans un délai d'un an avant l'entrée en formation

• **Fournir : Photocopie de la carte de Service Civique**

Demandeur d'emploi, inscrit à France Travail, dont le coût de formation n'est pas pris en charge par France Travail

• **Fournir : Avis de situation France Travail indiquant la catégorie**

Bénéficiaire d'un Parcours Emploi Compétences (PEC)

• **Fournir : Contrat de travail**

Bénéficiaire du RSA (Revenu de Solidarité Active)

• **Fournir : Attestation de la CAF**

### « 2. Non Éligible à la Subvention Régionale »

Agent du secteur public (y compris en disponibilité)

Salarié du secteur privé en CDD ou CDI de plus de 78 heures par mois

Personne ayant bénéficié d'une prise en charge partielle ou totale par Transitions Pro

Abandon de formation intervenu dans le mois suivant l'entrée en formation

Apprenti

Personne en Validation des Acquis de l'Expérience (VAE)

Médecin ou sage-femme diplômé(e) à l'étranger

Passerelle, hormis étudiant de moins de 26 ans en poursuite d'études

Si vous êtes non éligible en raison d'une des situations indiquées ci-dessus dans le tableau « 2. Non Éligible à la Subvention Régionale », une inscription à France travail n'ouvre pas droit à l'éligibilité.

## Financement de la Formation

**Vous devez cocher une des cases du présent tableau « Financement de la Formation » si vous avez précédemment coché une case dans le tableau « 2. Non Éligible à la Subvention Régionale » en page 3 du dossier d'inscription**

**Promotion Professionnelle (Employeur)**

Secteur de votre établissement :  **Public**  **Privé**

Nom, adresse, téléphone de votre établissement : .....

**Congé Individuel de Formation (Transitions Pro, ANFH, ...)**

Nom, adresse, téléphone de l'organisme financeur : .....

**Financement Personnel**

Le coût de la formation est de 6 507 euros et est exigible le jour de la rentrée administrative :

- 1<sup>ère</sup> possibilité : 1 chèque ou espèces pour un montant de 6 507 euros

- 2<sup>e</sup> possibilité : 3 chèques de 2 169 euros

Les chèques devront être dûment remplis et libellés à l'ordre de **l'agent comptable du GIP**

**Compte Personnel de Formation (CPF)**

Attention, la demande doit être faite **sur votre compte CPF au plus tard 11 jours** avant le début de la formation

**Demandeur d'Emploi pris en charge par France Travail**

**Autre(s) Moyen(s) de Financement(s) (Précisez) : .....**

.....

## Personne à prévenir en cas d'Urgence

**NOM** (ÉCRIVEZ EN MAJUSCULES) :

**Prénom :**

**Lien de parenté :**

**Adresse, code postal et ville de cette personne : .....**

.....

**Téléphone de cette personne :**

## Attestation

Je soussigné(e) ..... atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements indiqués dans le présent dossier et l'authenticité des documents fournis.

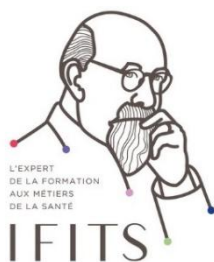
Je reconnais par ailleurs avoir été informé(e) que ce dossier ne recevrait pas de suite s'il n'était pas complété avec soin et accompagné des pièces demandées.

Les informations recueillies dans le présent dossier d'inscription font l'objet d'un traitement informatique destiné à assurer la gestion administrative et pédagogique de l'étudiant durant sa scolarité au sein de l'IFITS. Ces informations ne font pas l'objet d'un traitement commercial.

Conformément à la loi « *Informatique et Libertés* », 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 adresser un courriel à **donneespersonnelles@ifits.fr**

**Date :** .....

**Signature :**



## DOSSIER D'ENTRÉE EN FORMATION - ANNEXE -

# INFIRMIER DIPLÔMÉ D'ÉTAT

\*\*\*

## Pièces à fournir pour votre entrée en Formation

### SOMMAIRE

<b>1. Parcours à suivre pour l'Attestation de Vaccination</b>	<b>2</b>
<b>2. Pièces Administratives à fournir</b>	<b>3</b>
<b>3. Informations Diverses</b>	<b>5</b>
3.1. Indemnités de stage et de transport	5
3.2. Bourses	5
3.3. CROUS	5
3.4. Logement	5
3.5. Accessibilité Handicap	5
3.6. Photocopies	5
<b>4. Certificat Médical</b>	<b>6</b>

## 1. Parcours à suivre pour l'Attestation de Vaccination

**PRENEZ RENDEZ-VOUS AVEC VOTRE MÉDECIN TRAITANT  
DÈS À PRÉSENT AFIN DE :**

- Faire le point sur vos vaccinations
- Obtenir une ordonnance de sérologie de l'hépatite B (prise de sang)

**RÉALISEZ VOTRE SÉROLOGIE DE L'HÉPATITE B**

**RETOURNEZ CONSULTER VOTRE MÉDECIN TRAITANT AVEC VOTRE  
RÉSULTAT DE SÉROLOGIE  
OU  
RENDEZ-VOUS DIRECTEMENT DANS UNE PHARMACIE AVEC VOTRE  
SÉROLOGIE POUR L'INTERPRÉTER ET ÉVENTUELLEMENT DÉBUTER  
VOTRE VACCINATION IMMÉDIATEMENT**

\*\*\*

**NOUS VOUS CONSEILLONS UN SCHÉMA VACCINAL ACCÉLÉRÉ :**

- 1<sup>ère</sup> injection (J0)
- 2<sup>ème</sup> injection au bout de 7 jours (J7)
- Dernière injection au bout de 21 jours (J21)

Puis refaire une sérologie au plus tôt 3 semaines après la dernière injection pour vérifier votre statut sérologique (il est possible que vous ayez besoin d'une injection supplémentaire)

**PRENEZ RENDEZ-VOUS AVEC UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE**

AVEC :

- **VOTRE CARNET DE SANTÉ**  
ET
- **ÉVENTUELLEMENT L'ATTESTATION DES VACCINATIONS DE L'HÉPATITE B RÉALISÉS**

**ET FAITE REMPLIR LE TABLEAU DE VACCINATION (page 6)**

*Ce tableau est à transmettre à l'envoi de votre dossier d'inscription ou **au plus tard** le jour de la rentrée administrative*

## 2. Pièces Administratives à fournir

### **RESPECTEZ L'ORDRE DES PIÈCES À JOINDRE TEL QUE DÉFINI CI-DESSOUS :**

1.

**UN JUSTIFICATIF DE VOTRE INSCRIPTION À L'UNIVERSITÉ SORBONNE PARIS NORD**

2.

**UNE PHOTO D'IDENTITÉ**

- Avec nom et prénom au dos

- La photo doit être « tête nue, de face et sur fond blanc » (conformément à la réglementation sur les photographies de pièces d'identité)

- À coller ou agraffer sur la 1<sup>ère</sup> page du dossier d'inscription

3.

**UNE PHOTOCOPIE DE LA CARTE NATIONALE D'IDENTITÉ RECTO/VERSO en cours de validité**

OU

**UNE PHOTOCOPIE DU PASSEPORT en cours de validité**

OU

**UNE PHOTOCOPIE DU TITRE DE SÉJOUR en cours de validité**

4.

**UNE ATTESTATION DE DROIT À L'ASSURANCE MALADIE en cours de validité**

5.

#### **UNE PHOTOCOPIE DE VOTRE TITRE D'ACCÈS AU CONCOURS :**

**DIPLÔME DU BACCALAURÉAT pour les bacheliers antérieurs à 2026**

OU

**RELEVÉ DE NOTES pour les bacheliers de 2026**

6.

#### **SI VOUS ÊTES DÉTENTEUR DU DEAS OU DEAP :**

**UNE PHOTOCOPIE DE VOTRE DIPLÔME D'ÉTAT D'AIDE-SOIGNANT OU DE VOTRE DIPLÔME D'AUXILIAIRE DE PUÉRICULTURE**

7.

**UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE OU POSTAL À VOTRE NOM AVEC LE LOGO DE LA BANQUE (pour le versement des indemnités de stage et de transport)**

8.

UNE PHOTOCOPIE DE L'ATTESTATION D'ASSURANCE EN RESPONSABILITÉ CIVILE

Mentionnant obligatoirement :

« La couverture de risques professionnels dans le cadre des stages hospitaliers et extra-hospitaliers » **couvrant impérativement l'année scolaire de septembre à fin août** (il sera possible de souscrire une assurance lors de la rentrée administrative)

9.

L'ATTESTATION D'ACQUITTEMENT DE LA CVEC (CONTRIBUTION DE VIE ÉTUDIANTE ET DE CAMPUS) **DÈS L'OUVERTURE DE LA PLATE-FORME POUR L'ANNÉE UNIVERSITAIRE 2026-2027**

- Le paiement se fait avant l'inscription sur le site :

<https://cvec.etudiant.gouv.fr>

- Les femmes mariées doivent s'inscrire sous leur nom de jeune fille

**Si vous êtes pris en charge au titre de la promotion professionnelle, vous ne devez pas vous acquitter de la CVEC**

10.

UNE ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE DE L'EMPLOYEUR OU DE L'ORGANISME FINANCEUR

**Si le coût de votre formation est pris en charge par un employeur ou un autre organisme financeur (TRANSITIONS PRO, ANFH, ...)**

11.

**POUR LES CANDIDATS POSSÉDANT UN DIPLÔME ÉTRANGER  
OU AYANT SUIVI UNE SCOLARITÉ À L'ÉTRANGER :**

UNE ATTESTATION DE NIVEAU DE LANGUE FRANÇAISE NIVEAU B2

UNE PHOTOCOPIE DE VOS BULLETINS SCOLAIRES : 1<sup>ère</sup>, Terminale et niveau supérieur le cas échéant

UNE PHOTOCOPIE DE VOS DIPLÔMES

12.

UNE ENVELOPPE TIMBRÉE AVEC VOS NOMS, PRÉNOMS ET ADRESSE

13.

LE DOSSIER D'INSCRIPTION CI-JOINT DÛMENT COMPLÉTÉ

## 3. Informations Diverses

### 3.1. Indemnités de stage et de transport

Durant vos études, vous bénéficierez d'indemnités de stage et de transport (arrêté du 16 décembre 2020) :

- **Indemnités de stage :**
  - 1<sup>ère</sup> Année : **36 €** par semaine de stage
  - 2<sup>ème</sup> Année : **46 €** par semaine de stage
  - 3<sup>ème</sup> Année : **60 €** par semaine de stage
- **Indemnités de transport** pendant les périodes de stage (selon certaines modalités)

---

### 3.2. Bourses

Si vous êtes étudiant en formations sanitaires ou sociales, vous relevez de la bourse de la Région Ile-de-France (et **NON** de la bourse du CROUS) : <http://fss.iledefrance.fr>

Si vous souhaitez faire une **demande de bourse** pour l'année scolaire 2026-2027, vous devrez compléter un dossier directement et exclusivement **sur le site internet de la Région Ile-de-France à partir du 15 juillet 2026**

**ATTENTION :** La bourse ne peut être cumulée avec **aucune** autre rémunération (France Travail, employeur, Transitions Pro, rémunération par LADOM...)

---

### 3.3. CROUS

En tant qu'étudiants, vous pouvez bénéficier des prestations du CROUS (sauf la bourse)

Pour tout renseignement, consulter le site du CROUS : <http://www.crous-creteil.fr>

---

### 3.4. Logement

L'IFITS possède un partenariat avec la résidence étudiante « Appartstudy - Les Pavillons » à Chelles. Inscription possible sur le site internet de la résidence : <https://appartstudy.com/residences/chelles-les-pavillons/>

Les hébergements proches de l'IFITS sont disponibles sur le site internet : [https://www.ifits.fr/sites/default/files/pages/pdf/2026-04/logements\\_etudiants\\_0.pdf](https://www.ifits.fr/sites/default/files/pages/pdf/2026-04/logements_etudiants_0.pdf)

---

### 3.5. Accessibilité Handicap

La formation est accessible aux personnes en situation de handicap, sous réserve de l'étude préalable de chaque situation individuelle.

Pour toute demande concernant l'accueil d'une personne en situation de handicap, veuillez nous contacter à l'adresse électronique suivante : [referent-handicap@ifits.fr](mailto:referent-handicap@ifits.fr)

---

### 3.6. Photocopies

Vous aurez la possibilité de faire des **photocopies** à l'Institut de Formation, moyennant le versement d'une **caution de 25 €** (remboursée à votre départ) et l'achat d'un forfait photocopies :

50 photocopies :	<b>6 €</b>
100 photocopies :	<b>9 €</b>
200 photocopies :	<b>15 €</b>
500 photocopies :	<b>23 €</b>



#### 4. Certificat Médical

**Conforme à la réglementation en vigueur  
fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en  
FRANCE**

Je soussigné,

Docteur : .....

**certifie que l'étudiant(e) en soins infirmiers :**

Nom de naissance : .....

Nom d'épouse : .....

Prénom : .....

Né(e) le : .....

#### **1. EST À JOUR DES VACCINATIONS OBLIGATOIRES SUIVANTES :**

- Contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite :

DERNIER RAPPEL EFFECTUÉ		
Nom du vaccin	Date	N° lot

- Contre l'hépatite B, selon les conditions définies au **VERSO**, l'étudiant(e) est considéré(e) comme :
  - Immunisé(e) contre l'hépatite B avec un taux d'anticorps  $\geq 10\text{UI/l}$  :  
OUI  NON
  - Non répondeur(se) à la vaccination après 6 injections (taux AC  $\leq 10\text{UI/l}$ ) :  
OUI  NON

***L'étudiant doit conserver ses résultats sérologiques afin de pouvoir  
les présenter aux établissements de santé qui l'exigent  
au moment de la mise en stage***

#### **2. A REÇU LES VACCINATIONS RECOMMANDÉES SUIVANTES :**

- Contre la rougeole, les oreillons, la rubéole (ROR) :  
OUI  NON  Date : .....
- Contre la varicelle :  
OUI  NON  Date : .....
- Contre la coqueluche :  
OUI  NON  Date : .....

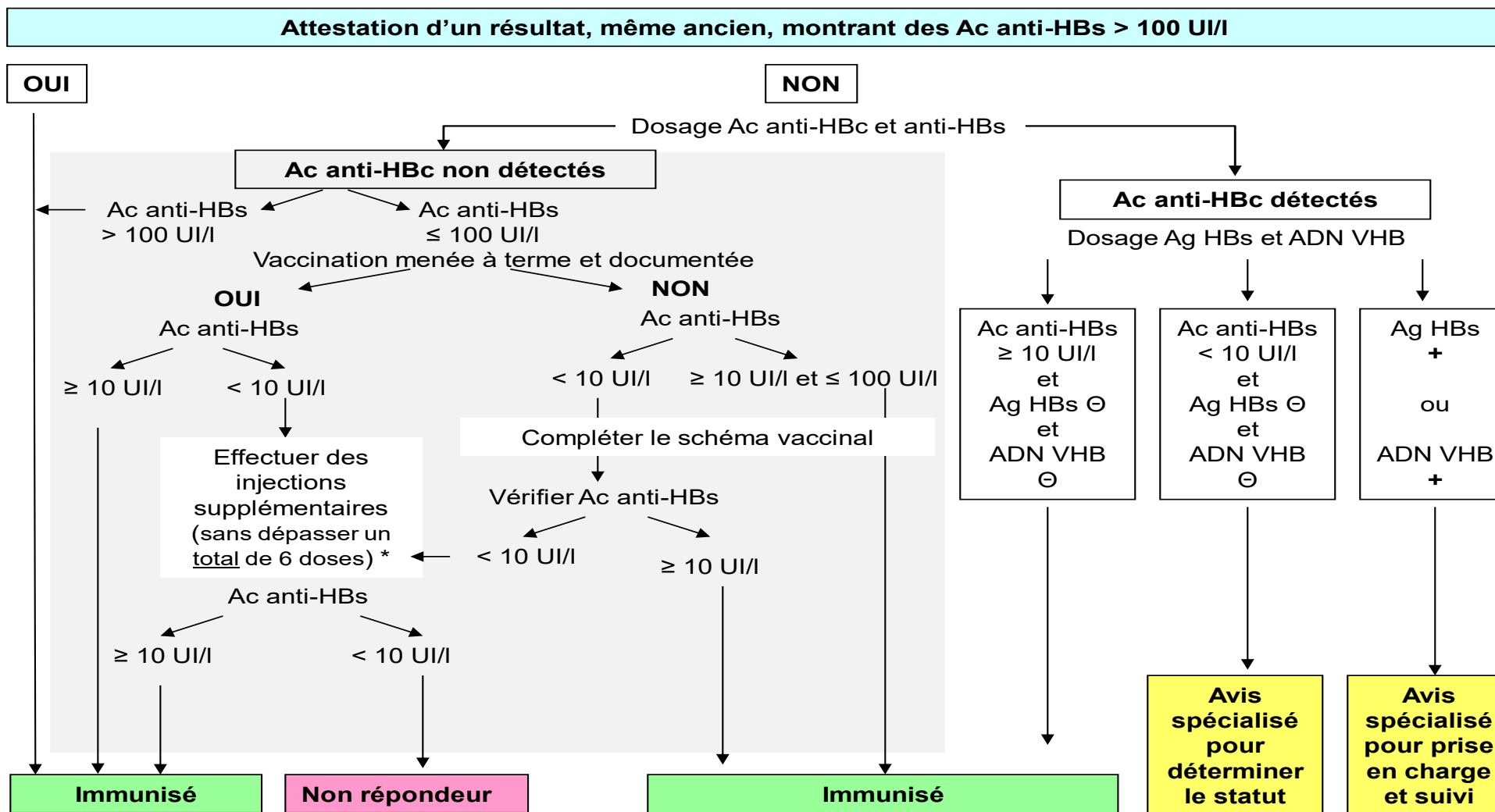
Fait à : .....

Le : .....

Signature du médecin :

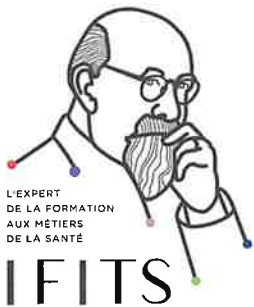
Cachet :

**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



Madame, Monsieur,

Vous allez prochainement débiter votre formation en soins infirmiers au sein de notre institut. Les périodes de stage, qui débutent dès le premier semestre, sont des moments clés pour votre apprentissage et votre professionnalisation. Vous devez durant votre cursus de formation, avoir découvert les 4 typologies de stage prévues dans le référentiel de formation, à savoir les Soins de Longue Durée, les Soins de Courte Durée, les Soins Individuels et Collectifs sur des Lieux de Vie et les Soins en Santé Mentale et en Psychiatrie.

Afin de vous impliquer pleinement dans votre parcours, vous pouvez, si vous le souhaitez, rechercher dès à présent vos stages par vos propres moyens.

Le premier stage de votre formation aura lieu du **30 novembre 2026 au 18 décembre 2026 et du 04 janvier au 22 janvier 2027**. Ce stage vous permettra notamment de répondre à vos attentes en termes de découverte du métier et en termes de localisation géographique (les démarches en province ou dans les DROM TOM sont possibles).

Quelques conseils pour vos démarches :

- Ciblez les structures adaptées :
  - o Dans le domaine des **Soins de Longue Durée** : Etablissement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) ou service de Soins de Suites et de Réadaptation (**SSR**).
  - o Dans le domaine des **Soins Individuels ou Collectifs sur des Lieux de Vie** : crèche, éducation nationale (collège, lycée) ou services de soins infirmiers à domicile par exemple.
  - o Dans le domaine des **Soins de Courte Durée** : Hôpitaux publics/privés.
  - o Dans le domaine des **Soins en Santé Mentale et Psychiatrie**.
- Préparez un CV et lettre de motivation adaptés à chaque structure
- Contactez les établissements rapidement par mail, téléphone ou directement sur place,

Par ailleurs, avant toute confirmation avec une structure, les démarches personnelles sont soumises à l'accord du formateur qui assurera votre suivi pédagogique car elles doivent répondre à vos besoins d'apprentissage.

Bien cordialement et au plaisir de vous accueillir au sein de notre formation.

**Nathalie LEMOINE**  
Responsable pédagogique  
Filière Infirmière



**SECRETARIAT DES STAGES INFIRMIERS**

Tel : **01.49.44.36.35** - 40 – 29

E-mails : **v.sarpedon@ifits.fr** - **f.bobinet@ifits.fr** – **n.abdoul@ifits.fr**

**DÉMARCHE DE RECHERCHE DE STAGE ÉTUDIANT INFIRMIER**

NOM DE L'ÉTUDIANT(E) : ..... ANNÉE DE FORMATION : 1<sup>ERE</sup>

DATES DU STAGE : .....

NOM DU SERVICE .....

NOM DU CADRE DE SANTÉ : ..... TEL. : .....

NOM DU TUTEUR : ..... TEL. : .....

GRADE DU TUTEUR : .....

NOM DU MAITRE DE STAGE : ..... TEL. : .....

GRADE DU MAITRE DE STAGE : .....

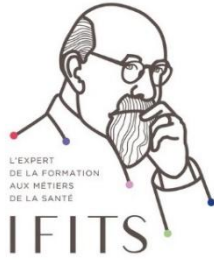
TYPE DE STAGE : (**cocher le bon type**)

- Soins de courte durée (SCD)
- Soins de longue durée et soins de suite et de réadaptation (SLD)
- Soins individuels ou collectifs sur des lieux de vie (SICLV)
- Soins en santé mentale et en psychiatrie (SMPSY)

Existe-t-il un livret d'accueil ?  Oui  Non (Si oui, pouvez-vous nous le faire parvenir ?)

Nom de votre établissement : Adresse : Tél. : Fax : Courriel :	<input type="checkbox"/> Public <input type="checkbox"/> Privé
Nom du siège social : Adresse :  Tél. : Fax :	
Nom du représentant légal de l'établissement qui signera la convention et sa fonction :	
Administration : La convention et les courriers de stages seront à adresser à : Nom : Fonction : Adresse :	

**Une convention individuelle sera établie et vous sera envoyée**



**DOSSIER D'ENTRÉE EN FORMATION  
- ANNEXE -**

**INFIRMIER DIPLÔMÉ D'ÉTAT**

**\*\*\***

**Autorisation d'Acte Médical  
pour un Étudiant Mineur**

Je soussigné(e),

Nom du représentant légal du mineur : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Code postal : .....

Ville : .....

Téléphone : .....

Courriel : .....

**Autorise**

**N'autorise pas**

à faire pratiquer des soins médicaux et chirurgicaux nécessités par son état,  
à faire hospitaliser en cas d'urgence et à faire bénéficier des vaccinations  
recommandées :

**Mon fils**

**Ma fille**

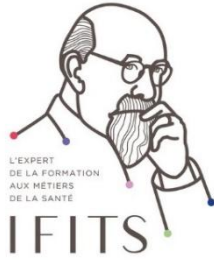
**Ma pupille**

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

**Date et signature du représentant légal :**



**DOSSIER D'ENTRÉE EN FORMATION  
- ANNEXE -**

**INFIRMIER DIPLÔMÉ D'ÉTAT**

**\*\*\***

**Autorisation d'effectuer  
le stage de Semestre 1  
de la Formation en Soins Infirmiers  
pour un Étudiant Mineur**

Je soussigné(e),

Nom du représentant légal du mineur : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Code postal : .....

Ville : .....

Téléphone : .....

Courriel : .....

**Autorise**

**N'autorise pas**

à effectuer le stage du semestre 1 de la formation en soins infirmiers :

**Mon fils**

**Ma fille**

**Ma pupille**

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

**Date et signature du représentant légal :**