Réf. : NM/SS – 24/03/2025

DOSSIER D'INSCRIPTION À UNE FORMATION
- ANNEXE -

INFIRMIER ANESTHÉSISTE DIPLÔMÉ D'ÉTAT

***

PIÈCES À FOURNIR POUR VOTRE INSCRIPTION

SOMMAIRE

1. PIÈCES ADMINISTRATIVES À FOURNIR ____ 2

2. GRADE MASTER ____ 4

3. INFORMATIONS DIVERSES ____ 5

3.1. COÛT DE LA FORMATION ANNUELLE ____ 5

3.2. ACCESSIBILITÉ HANDICAP ____ 5

3.3. PHOTOCOPIES ____ 5

4. CERTIFICAT MÉDICAL ____ 6

5. ATTESTATION MÉDICALE D'IMMUNISATION ET DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES ____ 7

1. PIÈCES ADMINISTRATIVES À FOURNIR

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

1.

☐ **LE DOSSIER D'INSCRIPTION CI-JOINT DÛMENT COMPLÉTÉ**

2.

☐ **UNE ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE**

Si vous êtes pris en charge par votre employeur ou un autre organisme

OU

☐ **UN COURRIER DE CONFIRMATION**

Si vous financez vous-même la formation

3.

☐ **UNE PHOTOCOPIE DE LA CARTE NATIONALE D'IDENTITÉ** *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 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 agrafer sur la 1ère page du dossier d'inscription

5.

☐ **UNE PHOTOCOPIE DE L'ATTESTATION D'AFFILIATION À LA SÉCURITÉ SOCIALE EN COURS DE VALIDITÉ**

6.

☐ **UN CHÈQUE BANCAIRE OU POSTAL DE 250 € (DROITS DE SCOLARITÉ)**

Libellé à l'ordre de : l'Agent Comptable du G.I.P.

L'arrêté fixant le montant des droits de scolarité 2025-2026 n'étant pas encore paru, un complément vous sera réclamé lors de la rentrée administrative

Veuillez noter que ces droits de scolarité restent acquis à l'IFITS, et cela même en cas de désistement

7.

☐ **UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE OU POSTAL** *en cours de validité*

8.

☐ **LE CERTIFICAT MÉDICAL CI-JOINT VALIDÉ PAR UN MÉDECIN**

handicap

9.

☐ **L'ATTESTATION MÉDICALE D'IMMUNISATION ET DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES CI-JOINTE, VALIDÉE PAR UN MÉDECIN**

10.

☐ **UNE PHOTOCOPIE DU CARNET DE VACCINATIONS[1]**

11.

☐ **LES RÉSULTATS SÉROLOGIQUES RÉCENTS DE LA VACCINATION CONTRE L'HÉPATITE B[2]**

12.

☐ **LE COMPTE-RENDU D'UNE RADIOGRAPHIE PULMONAIRE DE MOINS D'1 AN[3]**

13.

☐ **UNE PHOTOCOPIE D'UNE ATTESTATION D'ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE POUR L'ANNÉE UNIVERSITAIRE**

Mentionnant obligatoirement la couverture des points suivants :

- Risques professionnels dans le cadre de stages hospitalier et extrahospitaliers

- Dommages et accidents corporels causés par un stagiaire aux tiers (malades, professionnels) dans le cadre d'un stage

- Maladies professionnelles et accidents de trajets

[1] *Obligatoire pour être en conformité avec les textes légiférant la formation*
[2] *Obligatoires pour être en conformité avec les textes légiférant la formation*
[3] *Obligatoire pour être en conformité avec les textes légiférant la formation*

2. GRADE MASTER

Afin d'obtenir le Grade Master en fin de formation, il vous sera demandé de vous inscrire à la rentrée 2025 auprès de l'Université Sorbonne Paris Nord sur le site de Bobigny.

Pour la bonne anticipation de la préparation de votre dossier d'inscription, vous trouverez dans la liste ci-dessous les documents qui vous seront demandés par l'Université :

1. Numéro INE.
2. Relevé de note du baccalauréat ou certificat de scolarité du dernier établissement fréquenté.
3. Certificat de scolarité de votre IFSI.
4. Attestation de la journée d'appel à la défense ou de recensement.
5. Une photographe récente.
6. Photocopie recto-verso de votre pièce d'identité.
7. Une enveloppe timbrée libellée à votre nom et à votre adresse.

handicap

3. INFORMATIONS DIVERSES

3.1. COÛT DE LA FORMATION ANNUELLE

- ***Droits de scolarité annuels :*** 250,00 € (cf. point 6, page 3 du présent document)

- ***Frais de formation annuel :*** 9 771,00 € avec financeur
  9 771,00 € sans financeur
  3 000,00 € pour public éligible à un financement partiel par le Conseil Régional d'Île-de-France

---

3.2. 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

---

3.3. 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'une carte à :

50 photocopies : **6 €**
100 photocopies : **9 €**
200 photocopies : **15 €**
500 photocopies : **23 €**

handicap

4. CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné,

Docteur : .....

certifie que :

Nom de naissance : .....
Nom d'épouse : :.....
Prénom : .....

Né(e) le : .....
Lieu de naissance : : .....

☐ **PRÉSENTE**

Les aptitudes physiques et psychologiques nécessaires *pour poursuivre la formation des Infirmiers Anesthésistes Diplômés d'État.*

☐ **NE PRÉSENTE PAS**

Les aptitudes physique et psychologiques nécessaires *pour poursuivre la formation des Infirmiers Anesthésistes Diplômés d'État.*

***

☐ **EST À JOUR DES VACCINATIONS**

(Conformément à l'arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France).

☐ **N'EST PAS À JOUR DES VACCINATIONS**

(Conformément à l'arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France).

***

☐ **PRÉSENTE**

Une ou plusieurs anomalies au niveau de sa radiographie pulmonaire *pouvant être une contre-indication à la réalisation des stages hospitalier et extrahospitaliers.*

☐ **NE PRÉSENTE PAS**

D'anomalie au niveau de sa radiographie pulmonaire *pouvant être une contre-indication à la réalisation des stages hospitalier et extrahospitaliers.*

Fait à : .....
Le : :.....

Signature du médecin : **Cachet :**

handicap

5. ATTESTATION MÉDICALE D'IMMUNISATION ET DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES

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) infirmier/infirmière anesthésiste :

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 ≥ 10UI/l :**
    OUI ☐ NON ☐
  - **Non répondeur(se) à la vaccination après 6 injections (taux AC ≤ 10 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 ÉTÉ VACCINÉ PAR LE BCG :

OUI ☐ NON ☐

Vaccin intradermique ou Monovax ®	**Date**	**N° lot**

Dernière IDR à la tuberculine	**Date**	**N° lot**

3. A ÉTÉ VACCINÉ CONTRE LA ROUGEOLE :

OUI ☐ NON ☐

Nom du vaccin	**Date**	**N° lot**

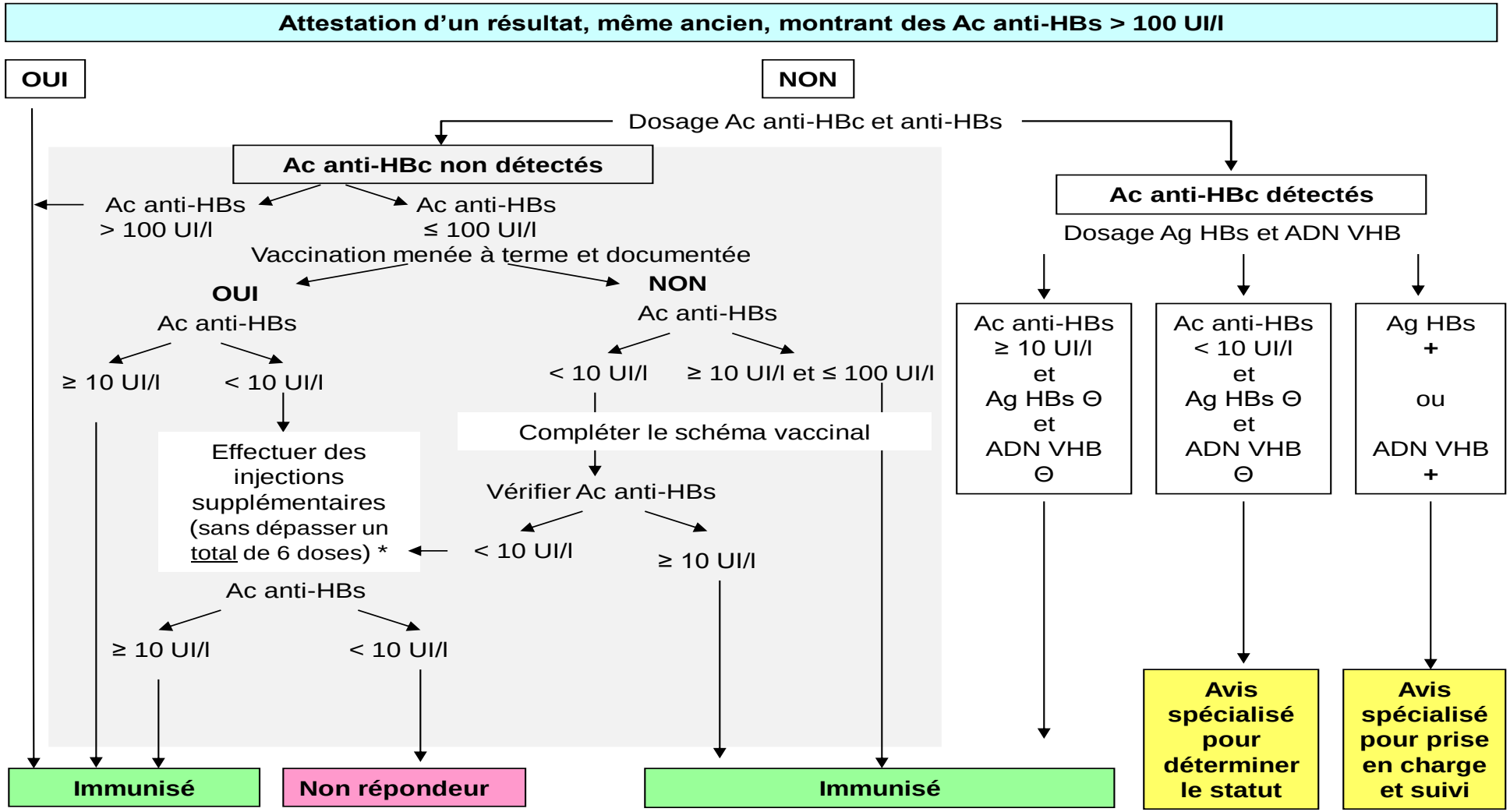
Fait à : .....
Le : :.....

Signature du médecin : **Cachet :**

Nota Bene 1 : *La vaccination contre la rougeole peut être exigée par certains lieux de stage, en particulier chez les enfants et les patients à risques.*
Nota Bene 2 : *Selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour ces professionnels de santé, il est par ailleurs recommandé d'être immunisé contre la coqueluche, la varicelle et la grippe saisonnière.*

handicap

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