

Patrick LEHMANN
Directeur des Soins
Directeur de l'Institut de Formation

Régine BAUMEISTER
Cadre supérieur de Santé
Coordonnateur pédagogique

Madame, Monsieur,

Affaire suivie par :
Patrick LEHMANN
Régine BAUMEISTER

Nous vous félicitons pour votre admission à l'institut de formation en soins infirmiers du centre hospitalier de Rouffach. La rentrée scolaire est programmée le **lundi 2 septembre 2024** et sera précédée par **une pré-rentrée administrative** qui se déroulera le **vendredi 30 août 2024 de 09h00 à 16h00, au pavillon 17/3** du centre hospitalier de Rouffach.

L'entrée en formation de soins infirmiers nécessite quelques formalités administratives. Aussi, je vous demanderai de lire **attentivement** les informations relatives à votre entrée et de me retourner, selon les délais indiqués sur la liste des pièces à fournir, les documents cités.

Je vous informe que votre inscription sur le registre de l'IFSI de Rouffach est subordonnée :

- **à la production des pièces exigées :**
 - ☛ *passé les délais indiqués dans le dossier d'admission et sans nouvelles de votre part, je considérerai que vous renoncez à votre inscription en 1^{ère} année à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers du Centre Hospitalier de Rouffach.*
- **au paiement des frais d'inscription universitaire** qui s'élève à 175,00 Euros.
- **à la remise du dossier médical ci-joint complet.**
 - ☛ *J'attire votre attention que le dossier médical doit être remis le jour de la rentrée au plus tard.*

En cas de désistement, je vous prierais de bien vouloir nous contacter le plus rapidement possible afin que votre place puisse être attribuée au candidat suivant.

Dans l'attente de vous accueillir à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Rouffach, je vous prie d'agrèer, Madame, Monsieur, mes meilleures salutations.

Patrick LEHMANN



Directeur des Soins
Directeur de l'Institut de Formation

Institut de Formation en Soins Infirmiers
Téléphone : 03 89 78 70 63
Télécopie : 03 89 78 72 12
Courriel : contact.ifs@ch-rouffach.fr



Patrick LEHMANN
Directeur des Soins
Directeur de l'Institut de Formation

Régine BAUMEISTER
Cadre supérieur de santé
Coordonnateur pédagogique

DOSSIER D'ADMISSION 2024

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS
27, rue du 4ème R.S.M.
68250 ROUFFACH

Tél : 03 89 78 70 63 - Fax : 03 89 78 72 12 – contact.ifs@ch-rouffach.fr

Dépôt du dossier d'admission :

Le dossier **COMPLET** d'admission définitive pourra être, soit :

- envoyé par courrier à l'IFSI en recommandé avec accusé de réception ;
- remis directement au secrétariat de l'IFSI

Date de retour du dossier, conformément à l'arrêté du 22 février 2024 relatif au calendrier 2024 de la procédure nationale de préinscription pour l'accès dans les formations initiales du premier cycle de l'enseignement supérieur :

- Pour les candidats ayant accepté définitivement une **proposition d'admission entre le 30/05/2024 et le 11/07/2024**, le **retour du dossier** est fixé au **19/07/2024 – 12h00**
- Pour les candidats ayant accepté définitivement une **proposition d'admission entre le 13/07/2024 et le 18/08/2024**, le **retour du dossier** est fixé au **23/08/2024 – 12h00**
- Pour toute **proposition d'admission acceptée à partir du 18/08/2024**, l'inscription administrative se fait **dans les plus brefs délais** après l'acceptation.

Si vous souhaitez obtenir des renseignements complémentaires, nous vous informons que le secrétariat de l'IFSI est ouvert au public les jours ouvrés durant les mois de juillet et août, de 8 h 15 à 11 h 45.

NOTICE D'INFORMATION 2024

1. DATE DE LA RENTREE

La rentrée scolaire est fixé le **lundi 2 septembre 2024** et sera précédée par la **pré-rentrée administrative programmée le vendredi 30 août 2024 de 9h00 à 16h00**. L'accueil se fera au pavillon 17/3 du centre hospitalier de Rouffach (cf plan en annexe).

2. HEBERGEMENT

Possibilité d'hébergement au home des étudiants, en chambre individuelle équipée d'une salle d'eau individuelle. Le home est situé à proximité immédiate du Centre Hospitalier de ROUFFACH. Les étudiants et élèves de l'institut de formation pourront bénéficier d'un tarif avantageux pour le loyer au Home. Le montant du loyer s'élèvera à 200 €/mois. Le versement se fera obligatoirement par prélèvement automatique. L'étudiant(e) peut bénéficier d'une allocation de logement à caractère social (ALS). Cette allocation est versée sur la base des revenus propres de l'étudiant. Une caution égale au montant du loyer est demandée et sera remboursée, sauf dégradation, à la sortie, après inventaire et vérification de l'état des lieux.

3. LES REPAS

Possibilité de prendre les repas de midi au Restaurant du Personnel (Self-service). A titre indicatif, le prix moyen du plat du jour est de 3,71 €. Une carte badge vous sera remise moyennant **une caution d'un montant de 10 €, par chèque**. La caution vous sera rendue en fin de formation, après restitution de la carte badge. Cette carte badge vous sera également nécessaire pour accéder au bâtiment de l'institut.

A titre indicatif, en cas de perte de votre badge, le renouvellement de celui-ci vous sera facturé 10 €.

4. LA CONTRIBUTION DE LA VIE ETUDIANTE (CROUS)

Cette **contribution obligatoire s'élève à 103 Euros**. Tout étudiant en formation initiale est concerné, peu importe l'âge ou son niveau d'études.

Cette contribution doit être réglée avant votre inscription administrative en se connectant et en créant un compte sur le site <https://cvec.etudiant.gouv.fr/>. Le paiement s'effectue par Carte Bancaire en ligne pour pouvoir ensuite télécharger l'attestation d'acquiescement à joindre impérativement au dossier administratif.

Les boursiers sont exonérés de cette contribution sur pièce justificative qui sera remise par la Région Grand Est. Dans ce cas, vous pourrez demander le remboursement : Via l'application, <https://www.messervices.etudiant.gouv.fr>, jusqu'au 31 mai de l'année universitaire pour laquelle vous demandez le remboursement (*par exemple : avant le 31 mai 2025 si vous avez payé pour une attestation 2024-2025*).

Cas particuliers : si vous êtes inscrit(e) en formation continue (c'est-à-dire que votre formation est prise en charge par un employeur ou par un organisme collecteur) **vous n'êtes pas concerné(e) par cette contribution**.

5. MODALITES D'INSCRIPTION UNIVERSITAIRE

Les étudiants en soins infirmiers doivent **s'inscrire à l'UNISTRA**. Elle est **obligatoire** et nécessaire pour tous les étudiants infirmiers d'Alsace car elle permet l'accès à un compte « ERNEST » et à la plateforme « MOODLE » (cours en ligne).

Cette inscription est complémentaire à l'inscription réalisée à l'IFSI là où l'étudiant va suivre sa formation. Elle est renouvelée chaque année durant les trois années de formation. Les modalités sont disponibles en ligne sur le site de la Faculté de Médecine soit :

<https://med.unistra.fr/formations/autres-metiers-de-la-sante/ide>

Attention :

L'inscription universitaire se réalise après l'inscription à l'IFSI du centre hospitalier de Rouffach et le paiement de la CVEC. L'Ouverture des inscriptions universitaires début juillet.

Un mail vous sera adressé dès finalisation de votre inscription à l'IFSI, dans lequel vous trouverez toutes les informations nécessaires pour votre inscription à l'UNISTRA.

L'inscription universitaire est gratuite.

6. FINANCEMENT DE LA FORMATION INFIRMIERE

La Région Grand Est prend en charge les frais de formation des étudiants suivants :

- étudiant en poursuite d'étude (*scolarisé soit en 2022/2023 et/ou 2023/2024*),
- demandeur d'emploi non démissionnaire au cours d'une période de référence (*Cf dossier apprenant*),
- salarié à titre compensatoire.

Accédez à toutes les informations utiles sur le site institutionnel de la Région Grand Est sur www.fss.grandest.fr

7. DEMANDE DE BOURSE

La Région Grand Est peut vous accorder une bourse. Celle-ci est une aide financière dont les ressources familiales ou personnelles sont reconnues insuffisantes au regard des charges occasionnées par la formation. Vous trouverez tous les renseignements utiles et pourrez simuler une demande de bourse à l'adresse suivante :

<https://boursesanitaireetsociale.grandest.fr>

Les demandes de bourses seront à déposer directement sur le site internet dès le 1^{er} juillet 2024, et au plus tard le 30 septembre 2024.

Le code d'accès spécifique à l'institut de formation de Rouffach est IFSI8784 (A noter que ce code est strictement confidentiel).

8. AMENAGEMENT DES EPREUVES

Conformément à l'arrêté du 31 juillet 2009, modifié par l'arrêté du 16 décembre 2020 relatif au diplôme d'état infirmier, article 4-1, les étudiants en situation de handicap peuvent solliciter un aménagement de leurs études auprès de la section compétente pour le traitement pédagogique des situations individuelles de l'institut.

Les étudiants en situation de handicap sollicitant un aménagement des conditions des épreuves d'évaluation devront adressés leur demande à un médecin de l'Université de Strasbourg qui rendra un avis. Cet avis sera adressé par le candidat à la direction de l'institut de formation compétente pour ouvrir et organiser les évaluations. Vous trouverez toutes les informations via sur le site de l'unistra :

<https://handicap.unistra.fr/demandes-damenagements/je-souhaite-faire-une-premiere-demande-damenagement-pour-mes-examens-et/ou-mon-cursus-detudes-a-luniversite>

9. DEMANDE DE DISPENSE D'ENSEIGNEMENTS

Conformément à l'arrêté du 31 juillet 2009 modifié, relatif au diplôme d'état infirmier, articles 7 et 8, il est possible de demander une dispense d'une ou plusieurs unités d'enseignements sous certaines conditions. Après avoir réalisé l'inscription administrative, vous devez renvoyer le dossier de demande de dispense d'enseignement au secrétariat de l'IFSI **au plus tard le 06 septembre 2024**, dernier délai. Pensez à accompagner le dossier de tous les justificatifs nécessaires à l'étude votre demande.

10. LA LIAISON GARE DE ROUFFACH – CENTRE HOSPITALIER FALICITEE

La ligne de bus 40 assurant la liaison entre la gare de Rouffach et le centre hospitalier de Rouffach offre un cadencement d'un car toutes les demi-heures de 6h à 9h et de 16h à 19h.

11. L'association Amicale du Personnel du centre hospitalier de Rouffach

L'association AMICALE compte environ 1400 adhérents. Elle vit et se développe grâce à ses adhérents. Les étudiants en soins infirmiers peuvent bénéficier des nombreux avantages (accès au local vente, culture, sortie, sport...) L'adhésion se fait au « local vente » situé au sein de centre hospitalier de Rouffach.

FRAIS A PREVOIR POUR LA RENTRÉE 2024

1. LES DROITS D'INSCRIPTION

Les étudiants doivent s'acquitter des droits d'inscription universitaire pour l'année 2024-2025 d'un montant **de 175 Euros**. Le chèque est à établir à l'ordre de la trésorerie du Groupe Hospitalier de la Région de Mulhouse et Sud Alsace (GHRMSA)

Conformément aux préconisations tarifaires de la Région Grand Est, un quote-part de 23 € reste acquis à l'institut de formation en cas de désistement. Toute demande de remboursement devra être formulée expressément par courrier.

2. LA CONTRIBUTION DE LA VIE ETUDIANTE

La contribution unique « Vie Etudiante » est destinée pour l'ensemble des étudiants. Cette contribution **obligatoire** s'élève à 103 Euros. Tout étudiant est concerné, peu importe l'âge ou son niveau d'étude (sauf les étudiants en promotion professionnelle).

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

3. LES TENUES PROFESSIONNELLES

Les tenues professionnelles seront mises à disposition par le Centre Hospitalier de Rouffach et devront être restituées en fin de formation.

Vous devrez disposer d'une paire de chaussures professionnelles, non fournie par l'IFSI.

Il s'agit d'une paire de chaussures **blanches, fermées, anti-dérapantes** et **non bruyantes**. Les chaussures pourront être librement achetées par l'étudiant à condition que ces chaussures répondent aux caractéristiques énoncés ci-dessus et que leur utilisation soit réservée aux stages.

Pièces administratives à fournir

DOSSIER ADMINISTRATIF

- Un chèque **d'un montant de 175 Euros** relatif aux droits d'inscription universitaire, libellé à l'ordre de la trésorerie du GHRMSA.
Conformément aux préconisations tarifaires de la Région Grand Est, un quote-part de 23 € reste acquis à l'institut de formation en cas de désistement. Toute demande de remboursement devra être formulée expressément par courrier.
- Un chèque de caution d'un montant de **10 €** pour la carte badge, libellé à l'ordre de la trésorerie du GHRMSA
- L'attestation de contribution à la Vie Etudiante (CVEC) ; **voir les modalités et démarches décrites dans la notice d'information ci-jointe**. Cette contribution obligatoire s'élève à **103 Euros** pour l'année 2024/2025 ;
- La fiche d'inscription complétée, datée et signée, accompagnée d'une photo d'identité couleur normalisée
- Votre curriculum vitae actualisé ;
- La photocopie de la carte d'identité ou du titre de séjour en cours de validité à l'entrée en formation, certifiée conforme à l'originale par vos soins, datée et signée ;
Point d'attention : lors de l'inscription en première année, veuillez vérifier la date de fin de validité de votre carte d'identité. Celle-ci devra être valable le jour du jury du diplôme d'Etat Infirmier soit fin juillet 2027. Le cas échéant, il vous appartient de procéder au renouvellement de celle-ci avant son expiration, en tenant compte des délais d'attente.
- Une photocopie de l'ensemble des diplômes obtenus, certifiée conforme à l'original par vos soins, datée et signée. Pour les bacheliers 2024, le diplôme du baccalauréat sera transmis dès réception ;
- La copie du certificat de participation à la Journée Défense et Citoyenneté (JDC) anciennement Journée d'Appel de Préparation à la Défense (JAPD) ;
- Pour les candidats bacheliers : une photocopie de votre relevé de notes du baccalauréat certifiée conforme à l'original par vos soins, datée et signée ;
- L'attestation d'affiliation à la sécurité sociale en cours de validité (disponible sur votre espace personnel AMELI) ;
- Une attestation d'assurance responsabilité civile privée en cours de validité (généralement comprise dans l'assurance habitation de votre lieu de résidence) ;
- Le formulaire concernant le matériel informatique ;
- Le formulaire de recensement administratif pour l'affectation des stages ;
- Le formulaire de demande d'attribution de chambre, si besoin ;
- Un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) à votre nom personnel datant de moins de 2 mois ;

DOSSIER DE PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE FORMATION

- Le « dossier apprenant » de la Région Grand Est complété accompagné des pièces justificatives demandées par la Région (Lire attentivement les conditions de prise en charge des frais de formation et des justificatifs à fournir selon votre situation).
- Une photocopie du courrier de prise en charge de l'employeur ou de l'OPCO **uniquement pour les personnes bénéficiant d'une prise en charge des frais de formations autre que la Région Grand Est** (Promotion professionnelle, Transitions Pro Grand Est, OPCO Santé (UNIFAF), ANFH ...) certifiée conforme à l'original par vos soins, datée et signée.

RAPPEL

ATTENTION NE PAS CONFONDRE LE FINANCEMENT DE LA FORMATION ET LA RÉMUNÉRATION

- ⇒ Financement de la formation = Frais de formation pris en charge par la région Grand Est sous conditions (8 200 € par année), par votre employeur, ou à titre personnel
- ⇒ Rémunération = rémunération versée pendant la formation par un organisme (pôle emploi, ANFH, Transition Pro, employeur ou autre)

DOSSIER MEDICAL pour la pré-rentree du 30 août 2024 dernier délai

- Un certificat médical établi par un **médecin agréé** (*pas votre médecin traitant attention*),
(*La liste des médecins agréés est consultable sur le site de l'Agence Régionale de Santé de votre région*),
- Le dossier médical complété par le médecin traitant,
- Une photocopie du carnet de vaccinations,
- Une copie de la sérologie Hépatite B.

Le dossiers doivent impérativement être COMPLETS

FICHE D'INSCRIPTION 2024*

I. CANDIDAT(E)

Nom et Prénom : Nom Marital :

Sexe** : F M Nationalité :

Date et lieu de naissance : le à

Adresse :

CP : VILLE :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Adresse mail : @.....

ATTENTION : il est demandé aux étudiants de créer une adresse mail nominative « gmail »
dans laquelle figure votre nom et prénom

N° Sécurité Sociale :

Situation de famille** : Célibataire Marié(e) Divorcée Concubinage Veuf(ve) PACSÉ

Nombre d'enfants :

N° BEA/INE (*Obligatoire pour les bachelier*) : Ce numéro figure sur le relevé des notes du baccalauréat.

II. PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom et Prénom : Lien de parenté : N° de tél :

Nom et Prénom : Lien de parenté : N° de tél :

III. ETUDES

Niveau des études antérieures :

Diplôme(s) obtenu(s) :

IV. TENUES

En vue de la gestion des tenues professionnelles, veuillez nous indiquer votre taille (*à titre indicatif*)** (1):

T.36 T. 38 T. 40 T. 42 T. 44 T. 46 Autre :

V. DIVERS

Activités exercées :

Actuellement demandeur d'emploi** : OUI NON N° d'identification pôle emploi :

Etes-vous titulaire du permis de conduire : OUI NON

Disposez-vous d'un véhicule : OUI NON

Date : / /

Signature :

*Ces données sont enregistrées sur le logiciel de gestion des dossiers BL SCOLARITÉ (Berger-Levrault) déclaré auprès de la CNIL

** Cochez la case correspondante

MATERIEL INFORMATIQUE

Je soussigné(e) (Nom - Prénom) :

dans le cadre de la possibilité de cours à distance, possède le matériel informatique suivant ** :

- ordinateur
- scanner
- imprimante
- connexion internet

Signature de l'étudiant(e) ou du représentant légal :

**cochez la case

**ATTESTATION D'AUTORISATION
DE MISE EN LIGNE SUR INTERNET**

Je soussigné(e) (Nom-Prénom)

Date de naissance :

Certifie avoir été informé(e) que la liste des personnes admises au Diplôme d'Etat en Soins Infirmiers, est consultable sur le site Internet de la Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS).

<https://grand-est.dreets.gouv.fr/>

J'accepte que mon nom apparaisse sur ce site** :

OUI

NON

Fait à, le

Signature précédée de la mention « lu et approuvé » :

**cochez la case

DEMANDE D'ATTRIBUTION D'UNE CHAMBRE

Je soussigné(e) (Nom - Prénom) :

Habitant à (adresse complète) :

.....
.....

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Adresse mail :@.....

demande à être logé(e) au Centre Hospitalier de ROUFFACH**

OUI

NON

Pour les étudiants mineurs :**

autorise ma fille/ mon fils

à prendre une chambre au Centre Hospitalier de ROUFFACH.

Signature de l'étudiant(e) ou du représentant légal :

L'attribution des chambres se fera au plus tard le jour de la rentrée.

***cochez la case*

 <p>Centre Hospitalier Rouffach</p>	RECENSEMENT ADMINISTRATIF POUR L’AFFECTATION DES STAGES	Code : T6N15-10 Version : 1 Date d’application : 10/06/2021
--	--	---

Formation : Aide-Soignant Infirmier
Nom de naissance : Nom d’usage :
Prénom(s) :

Age : Situation familiale : Nombre d’enfant(s) à charge : Adresse principale : Adresse durant la formation : Permis de conduire : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en cours Moyen de locomotion : <input type="checkbox"/> Voiture <input type="checkbox"/> Bus <input type="checkbox"/> Train <input type="checkbox"/> Autre, Précisez : Mode de financement des études : <input type="checkbox"/> Formation professionnelle Précisez de quel établissement : <input type="checkbox"/> Allocation d’études Précisez de quel établissement : <input type="checkbox"/> Autre organisme financeur Précisez :
--

Indiquer, ci-dessous, le nom des établissements et des unités de soins où exerce un membre de votre famille directe au premier et deuxième degré et conjoint (e) : - - - - - - -
--

Profession(s) antérieure(s) :

Lieu(x) d'exercice(s) antérieur(s) pour une période supérieure à 3 mois :

Année	Profession exercée	Employeur/Etablissement	Pôle le cas échéant	Service

Pour les étudiants/élèves ayant effectué des stages en milieu sanitaire et/ou social dans le cadre de leurs études, renseigner le tableau ci-dessous :

Année du stage	Durée du stage	Etablissement d'accueil	Pôle le cas échéant	Service

J'accepte de réaliser un stage dans une unité pratiquant des IVG¹ (cochez la case correspondante à votre réponse) : oui non

Je soussigné(e)

atteste l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Fait à, le Signature :

	Dates	Nom/Fonction/groupe de travail ou commission
Rédaction	23/04/2021	SAID C. Cadre de santé formateur –réfèrent du dossier stage - FROMAGEAT A. Coordinatrice de stage au sein du GHT12
Validation	10/06/2021	BAUMEISTER Régine, FF Coordonnateur pédagogique
Approbation	10/06/2021	LEHMANN P., directeur des soins IFSI/IFAS, coordonnateur instituts GHT

¹ Interruption Volontaire de Grossesse

DEMANDE DE DISPENSES D'ENSEIGNEMENTS

Il est possible de demander une dispense d'une ou plusieurs unités d'enseignements sous certaines conditions.

Tout étudiant(e) admis(e) dans une formation garde la possibilité de saisir la section compétente dans le traitement pédagogique des situations individuelles dont il (elle) relève pour demander une dispense d'une ou plusieurs unités d'enseignements de la formation infirmière au vu de ses acquis et/ou de son cursus antérieur.

Après avoir réalisé l'inscription administrative, vous devez **renvoyer le dossier de demande de dispense d'enseignement au secrétariat de l'IFSI au plus tard le 06 septembre 2024, dernier délai.**

Pensez à accompagner le dossier de tous les justificatifs nécessaires à l'étude votre demande.

DEMANDE DE DISPENSES D'ENSEIGNEMENTS
Année universitaire 2024 - 2025

A retourner au secrétariat
au plus tard le 06 septembre 2024

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION	
Dossier réceptionné par	
Date	
Cachet	

En application des articles 7 et 8 l'arrêté du 31 juillet 2009 modifié, relatif au diplôme d'Etat d'infirmier : « *Les personnes admises en formation peuvent faire l'objet de dispenses d'unités d'enseignements ou de semestres par le directeur d'établissement, après décision de la section compétente pour le traitement pédagogique des situations individuelles des étudiants, au regard de leur formation antérieure validée, des certifications, titres et diplômes obtenus et de leur parcours professionnel.* »

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Mail :

PIECES A JOINDRE

- La copie d'une pièce d'identité certifiée conforme à l'original, datée et signée
- Le(s) diplôme(s) originaux détenu(s)
- Le cas échéant, une attestation de validation d'ECTS de moins de 3 ans
- Le cas échéant, le(s) certificat(s) du ou des employeurs attestant de l'exercice professionnel de l'intéressé dans une des professions identifiées au 2° de l'article 7
- Un curriculum vitae
- Une lettre de motivation
- Une attestation de niveau de langue B2 française pour les candidats étrangers

VEUILLEZ LIBELLER PRECISEMENT LES ENSEIGNEMENTS DONT VOUS DEMANDEZ LA DISPENSE

Semestre	UE	Enseignement

Je demande à bénéficier d'une dispense d'enseignement au vu de mon cursus et/ou de mes acquis antérieurs.

Date :

Signature de l'étudiant :

PIECES À JOINDRE AVEC LE DOSSIER APPRENANT DE LA REGION GRAND EST RELATIF AUX FRAIS FORMATION 2024

Vous trouverez ci-joint le dossier « apprenant » relatif à la prise en charge de la formation. Nous vous invitons à le **lire attentivement**. Le présent dossier doit être accompagné, selon votre situation, des pièces justificatives suivante :

L'ensemble des apprenants admis en formation à la rentrée 2024/2025

compléter la fiche de renseignement (*fiche 1*) et l'attestation sur l'honneur (*fiche 2*)

A noter que l'attestation Pôle Emploi est à renseigner uniquement pour les personnes justifiant du statut de demandeur d'emploi et ne justifiant pas de certificat de scolarité.

Vous êtes jeune de -26 ans en poursuite d'études

fournir un certificat de scolarité soit pour l'année 2022/2023, soit pour l'année 2023/2024

Attention : les certificats de préparation au concours et au Diplôme d'Accès aux Etudes Supérieures (DAEU) ne peuvent justifier le statut d'étudiant en poursuite d'études.

Vous êtes demandeur d'emploi non démissionnaire durant la période de référence, soit :

- Pour les candidats sélectionnés en 2024 : du **02/03/2024 au 02/09/2024**
- Pour les candidats sélectionnés en 2023 : du **06/04/2023 au 02/09/2024**
- Pour les candidats sélectionnés en 2022 : du **07/04/2022 au 02/09/2024**

fournir l'Attestation pôle emploi (*fiche 3*) ci-jointe dûment complétée par pôle emploi datant au maximum du mois précédent la rentrée. De ce fait, **l'attestation pôle emploi ne pourra être complétée par votre conseiller qu'à partir du mois d'août.**

copie de l'ensemble des contrats de travail signés pendant la période de référence

copie de la rupture conventionnelle ou tout autre document justifiant de la fin de votre contrat (courrier licenciement...)

Vous êtes salarié(e) non démissionnaire durant la période de référence suscitée :

Vous avez un Contrat à Durée Déterminé qui expire **au plus tard dans les 7 jours qui suivent le début de la formation.**

Vous avez rompu votre contrat de travail : licenciement, rupture conventionnelle de CDI, rupture anticipée d'un CDD. **La procédure doit impérativement avoir abouti avant la rentrée.**

fournir l'Attestation pôle emploi (*fiche 3*) ci-jointe dûment complétée par pôle emploi datant au maximum du mois précédent la rentrée. De ce fait, **l'attestation pôle emploi ne pourra être complétée par votre conseiller qu'à partir du mois d'août.**

copie de l'ensemble des contrats de travail signés pendant la période de référence

copie de la rupture conventionnelle ou tout autre document justifiant de la fin de votre contrat (courrier licenciement...)

PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE FORMATION AUTRES QUE LA REGION :

Promotion professionnelle

attestation de l'employeur confirmant votre prise en charge

OPCA (Transition pro, OPCO Uniformation,...)

copie du courrier justifiant votre prise en charge

Tous les cas particuliers n'ont pas été énumérés ci-dessus mais sont cités dans l'organigramme des conditions générales de prises en charge ci-joint. Celles-ci sont consultables sur le site internet de la Région Grand Est : <http://www.grandest.fr/formations-sanitaires-sociales/>

**DOSSIER APPRENANT SECTEUR SANITAIRE
et SOCIAL**

Les informations figurant dans le présent dossier sont destinées à la Région Grand Est et sont à renseigner par l'ensemble des apprenants admis en formation à la rentrée 2024/2025.

La Région participe au financement du fonctionnement des instituts de formations sanitaires en fonction des places agréées et financées.

Ne bénéficient de la gratuité du coût pédagogique de leur formation que les apprenants qui remplissent les conditions d'éligibilité fixées par la Région.

Ces conditions sont rappelées dans les fiches récapitulatives "Conditions générales et conditions spécifiques de prise en charge des formations" qui sont téléchargeables sur le site institutionnel de la Région Grand Est via le lien suivant :

<http://www.grandest.fr/actions/formations-sanitaires-sociales/>

Le dossier APPRENANT comporte 3 fiches à renseigner selon le code couleur suivant :

Renseignements à remplir par l'apprenant



Renseignements à remplir par l'institut



Renseignements à remplir par France Travail



Fiche 1 Fiche de renseignements - Situation de l'apprenant : à remplir par tout apprenant

Fiche 2 Attestation sur l'honneur : à remplir par tout apprenant

Fiche 3 Attestation de France Travail : à remplir par tout apprenant ayant le profil de demandeur d'emploi

Ces documents sont à remettre à l'institut de formation, dûment complétés et accompagnés de l'ensemble des justificatifs demandés, impérativement avant le démarrage de la formation.

Tout dossier mal renseigné ou incomplet sera rejeté par l'Institut ; et de ce fait, les frais de formation resteront à la charge de l'apprenant.

Toute fausse déclaration est passible de peines et d'amendes prévues par les articles 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal.

Les données personnelles recueillies sont exclusivement collectées pour un usage interne à la Région et sont destinées à la vérification du respect des critères d'éligibilité de la prise en charge du coût des formations.

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, tout utilisateur du présent document dispose d'un droit d'accès, de rectification et de radiation portant sur ses données personnelles sur simple demande à l'adresse suivante :

Conseil Régional Grand Est - Direction de l'Orientation, de la Formation pour l'Emploi
Service des Formations Sanitaires et Sociales
1 place Adrien Zeller - BP 91006 - 67070 STRASBOURG Cedex
Tél. 03 87 33 64 19 - mail : fss@grandest.fr

FICHE DE RENSEIGNEMENTS - SITUATION DE L'APPRENANT

IDENTITE DE L'APPRENANT

Civilité :

Nom de naissance : Nom d'usage (marital) :

Prénoms :

Adresse postale :

CP : Ville :

Etat civil : (cochez la case correspondant à votre situation)

<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Veuf(ve)
<input type="checkbox"/> Marié(e)/Pacsé(e)	<input type="checkbox"/> Divorcé(e)
<input type="checkbox"/> Vie maritale	

Date de naissance :

Téléphone :

Personne reconnue travailleur handicapé (O/N) ?

Adresse électronique :

Statut avant l'entrée en formation : (cochez la case correspondant à votre situation)

<input type="checkbox"/> Etudiant(e) en poursuite d'études	<input type="checkbox"/> Salarié(e)
<input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi	<input type="checkbox"/> Autres

Coût pédagogique de la formation pris en charge par : (à compléter avec l'institut de formation)

<input type="checkbox"/> Région Grand Est y compris mesure dérogatoire	<input type="checkbox"/> OPCO, TRANSITION PRO, ANFH ...
<input type="checkbox"/> France Travail	<input type="checkbox"/> Employeur
<input type="checkbox"/> A titre personnel	<input type="checkbox"/> Autres (par exemple CPF/DIF) :

Coordonnées de l'organisme finançant les frais de formation : (autre que REGION GRAND EST)

Rémunération et autres aides dont je bénéficie ou suis susceptible de bénéficier durant la formation : (cochez la case correspondant à votre situation)

<input type="checkbox"/> Bourse de la Région	<input type="checkbox"/> Contrat en alternance (apprentissage, contrat professionnalisation)
<input type="checkbox"/> Indemnités de chômage (ARE, ASS, RFF, ASR,...)	<input type="checkbox"/> Allocations d'études
<input type="checkbox"/> Minima sociaux et autres allocations (RSA,...)	<input type="checkbox"/> Autres types d'aides publiques (LADOM...)
<input type="checkbox"/> Promotion professionnelle hospitalière	<input type="checkbox"/> Aucune aide financière
<input type="checkbox"/> Plan de formation de l'employeur	<input type="checkbox"/> Autre(s) prise(s) en charge
<input type="checkbox"/> Transition Pro	

Coordonnées de l'organisme finançant ou sollicité pour financer la rémunération et/ou d'autres aides (autre que REGION GRAND EST) :

SITUATION DE L'APPRENANT AVANT L'ENTREE EN FORMATION

PARCOURS SCOLAIRES

Dernier diplôme obtenu (niveau le plus élevé) :

Année d'obtention	Intitulé du diplôme	Spécialité/discipline/série

Date de sortie de formation initiale (études) :

Année scolaire	Cursus de formation	Etablissement

ANTECEDENTS PROFESSIONNELS

Dernier emploi exercé avant l'entrée en formation (employeur principal en cas de cumul d'activités) :

Date d'embauche	Employeur et lieu de travail	Emploi occupé	Type de contrat	Temps de travail	Motif de fin ou de rupture de contrat	Date de fin ou de rupture de contrat

Situation au regard des derniers emplois occupés durant la période de référence qui **démarre 6 mois avant la date de rentrée de l'année de sélection**

soit : du : **2 mars 2024** au : **2 septembre 2024**

Date d'embauche	Employeur et lieu de travail	Emploi occupé	Type de contrat	Temps de travail	Motif de fin ou de rupture de contrat	Date de fin ou de rupture de contrat

Toute fausse déclaration est passible de peines et d'amendes prévues par les articles 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal.

Je certifie exact les renseignements fournis.

Fait à :

Le :

Signature de l'apprenant ou du responsable légal

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) : [] déclare avoir pris connaissance :

- du coût pédagogique de la formation :

Tarif applicable par année ou par session de formation :

8 200 € par année de formation

Autres frais à charge de l'apprenant :

Frais d'inscription + CVEC

- des conditions de prise en charge fixées par la Région Grand Est (voir fiches synthétiques relatives aux conditions générales et aux conditions spécifiques de prise en charge des formations)

- et j'atteste :

remplir les conditions pour bénéficier d'une prise en charge régionale en tant que :

Jeune de -26 ans en poursuite d'études (certificat de scolarité 2022/2023 ou 2023/2024)

Demandeur d'emploi non démissionnaire durant la période de référence qui démarre 6 mois avant la date de rentrée de l'année de sélection et jusqu'à la date de rentrée effective (y compris en cas de report)

Salarié(e) bénéficiant d'un financement à titre dérogatoire pour les formations d'AS, AP et d'AMBU

Salarié(e) en situation précaire dont le contrat de travail est inférieur à 18 heures par semaine ou 78 heures par mois dans les 9 mois avant l'entrée en formation

Salarié(e) en tant que Vendeur à Domicile Indépendant (VDI) ou auto-entrepreneur dont le salaire moyen dans les 6 mois avant l'entrée en formation n'excède pas 720 € par mois

financer la formation à titre personnel étant donné que je ne remplis pas les conditions d'éligibilité fixées par la Région

bénéficier de la prise en charge du coût pédagogique par le biais d'un dispositif de formation professionnelle continue (Transition Pro, CFP, OPCO, ANFH, France Travail, plan de formation employeur...)

mobilisation de mon CPF + le reste à charge à titre personnel

Coordonnées du financeur : []

Je m'engage à :

- signaler au plus tôt tout changement de situation qui serait susceptible de remettre en cause ou d'impacter le financement de la Région Grand Est ;
- m'acquitter des frais à titre personnel en cas d'omission ou d'erreur dans la présente déclaration, de non production des pièces demandées par l'institut de formation ou par
- remettre toute pièce demandée par la Région en cas de contrôle ;
- être assidu durant toute la formation et respecter le règlement intérieur de l'institut de formation.

Toute fausse déclaration est passible de peines et d'amendes prévues par les articles 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal.

Je certifie exact les renseignements fournis.

Fait à : []

Le : []

Signature de l'apprenant ou du responsable légal

FORMATIONS SANITAIRES et SOCIALES

Document à renseigner pour toutes les personnes inscrites comme demandeur d'emploi

IDENTITE DE L'APPRENTANT

Nom de naissance et/ou nom d'usage :

Prénoms :

Date de naissance :

PROJET DE FORMATION

Etablissement de formation :

IFSI de Rouffach

Formation suivie :

Formation en soins infirmiers

Lieu de formation :

Rouffach

Année scolaire ou universitaire :

2024/2025

Année de réussite aux sélections :

2024

Date de la rentrée :

02/09/2024

Période de référence :

du :

2 mars 2024

au :

2 septembre 2024

ANTECEDENTS PROFESSIONNELS

Situation au regard des derniers emplois occupés durant la période de référence qui démarre 6 mois avant la date de rentrée de l'année de sélection et jusqu'à la date de rentrée effective (y compris en cas de report) :

soit :

du : 2 mars 2024

au : 2 septembre 2024

Date d'embauche	Employeur	Lieu de travail	Emploi occupé	Type de contrat	Temps de travail	Motif de fin ou de rupture de contrat	Date de fin ou de rupture de contrat

INSCRIPTION A FRANCE TRAVAIL

N° d'identifiant France Travail :

Agence d'inscription France Travail référente :

Suivi assuré par une Mission Locale ou un PAIO (O/N) ?

Dans l'affirmative, quelle structure ?

Date de dernière inscription ou réactualisation en tant que demandeur d'emploi :

Si vous percevez une allocation de France Travail, depuis quand ?

Le changement de situation lié à l'entrée en formation doit être signalé à France Travail dans le mois qui précède la rentrée.

Je soussigné(e) :

- atteste remplir les critères d'éligibilité fixés par la Région Grand Est - tels que rappelés dans les fiches récapitulatives "Conditions générales et conditions spécifiques de prise en charge des formations",
- déclare avoir cessé toute activité professionnelle salariée ou non salariée et ne plus être lié contractuellement à un employeur (sauf en cas d'activité réduite si la quotité de travail n'excède pas 18h/semaine ou 78h/mois dans les 9 mois avant l'entrée en formation ,
- et ne pas être placé(e) soit en disponibilité de la fonction publique, soit en congé (congé de formation, congé sabbatique, congé parental...).

J'autorise France Travail à transmettre les informations ci-après à la Région.

Toute fausse déclaration est passible de peines et d'amendes prévues par les articles 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal.

Fait à :

Le :

Signature de l'apprenant ou du responsable légal

PARTIE A RENSEIGNER PAR FRANCE TRAVAIL

Attestation à remplir dans le mois précédent l'entrée en formation

Nom de naissance et/ou nom d'usage :

Prénoms :

Période de référence :

du :

2 mars 2024

au :

2 septembre 2024

- l'apprenant est inscrit en tant que demandeur d'emploi :

depuis le :

est inscrit en catégorie :

depuis le :

dernier jour d'actualisation :

justifie d'une activité déclarée à cette date (O/N) :

- l'apprenant justifie du statut suivant, au cours de la période de référence (voir dates précises au verso) :

non démissionnaire

démissionnaire pour motifs légitimes reconnus **exclusivement** par la Région Grand Est soit : rupture d'un contrat aidé, emploi avenir ou service civique... - pour cause de non paiement des salaires - pour suivre le conjoint suite à mutation ou mariage - pour suivre son enfant handicapé admis dans une structure d'accueil - pour cause de violences conjugales - pour cause d'actes délictueux dans le cadre du contrat de travail

non renouvellement de CDD

autre motif de rupture *

*Motif de fin ou de rupture de contrat - choisir parmi les options suivantes : Convention de Reclassement Personnalisé (CRP), démission, démission contrat 18 h/semaine au maximum, licenciement, rupture conventionnelle/amiable, fin de contrat, dispositif démission-reconversion

Date de la rupture :

non défini, France Travail n'étant pas en mesure de vérifier la situation de l'apprenant et d'attester de son statut au regard des critères fixés par la Région Grand Est

- son projet de formation professionnelle a fait l'objet d'une validation auprès d'un conseiller de France Travail.

L'apprenant justifie-t-il de droits ouverts au titre de l'ARE (O/N) ?

Nom du signataire :

Prénom :

Qualité :

Agence :

Lieu :

Date :

Signature et cachet de France Travail

CODES

Type de contrat

CDI

CDD

Fonctionnaire

Intérim

Contrat en alternance

Contrat Aidé

Service civique ou volontaire

Autre

Motif de fin ou rupture de contrat

Convention de Reclassement Personnalisé (CRP)

Démission

Démission contrat 18h/semaine ou 78h/mois au maximum

Démission pour motifs légitimes reconnus par la Région

Licenciement

Rupture conventionnelle/amicable

Fin de contrat

Patrick LEHMANN
Directeur des Soins,
Directeur de l'Institut de Formation
Régine BAUMEISTER
Coordonnateur Pédagogique

DOSSIER MEDICAL 2024
CONDITIONS MEDICALES D'ADMISSION
A L'ENTREE A L'INSTITUT DE FORMATION

FORMATION INFIRMIERE¹

Ce dossier est à rendre dès que possible et en tout état de cause
au plus tard le jour de la pré-rentree administrative, COMPLET

Madame, Monsieur,

Vous devez **présenter** lors de votre inscription à l'institut de formation :

- le certificat du médecin agréé (ci-joint) à remettre **au secrétariat de l'institut**
- le dossier médical (ci-joint) complété et signé par votre médecin traitant à remettre au **secrétariat de l'institut**
- une copie de vos certificats de vaccination,
- les résultats de la sérologie de l'hépatite B,

Pour plus d'information :

- Liste des médecins agréés par l'Agence Régionale de Santé
<https://www.grand-est.ars.sante.fr/annuaires-des-professionnels-et-etablissements>
- Information sur le site Vaccination InfoService.fr
<https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Recommandations-vaccinales-specifiques/Professionnels-exposes-a-des-risques-specifiques/Professionnels-de-sante>

¹ En référence à l'arrêté du 21 avril 2007 modifié par l'arrêté du 10 juin 2021, relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux

Article 91 :

L'admission définitive dans un institut de formation préparant à l'un des diplômes visés à l'article 1er du présent arrêté est subordonnée :

- a) À la production, au plus tard le premier jour de la rentrée, d'un certificat établi par un médecin agréé attestant que l'étudiant ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession ;
- b) À la production, au plus tard le jour de la première entrée en stage, d'un certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France.

MEMENTO à remettre à votre médecin traitant accompagné du dossier médical à remplir

Afin de permettre aux étudiants des filières paramédicales d'effectuer leur formation et leur stage **ils doivent impérativement répondre aux obligations vaccinales des professionnels de santé** (L'Article L.3111-4 du Code de la Santé publique). Lors de son inscription définitive dans une école de la fonction publique hospitalière, l'étudiant doit fournir au secrétariat de l'institut de formation un dossier complet :

- **Les vaccinations obligatoires :**
 - **DTP (diphtérie-tétanos-poliomyélite) ou DTCoqPolio selon le calendrier vaccinal en vigueur :** les dates des 2 derniers vaccins réalisés
 - **Hépatite B**
 - un schéma vaccinal complet (schéma classique ou rapide)
 - un dosage des anticorps anti-HBs et anti-HBc ainsi que le dosage des antigènes HBs.

Certains vaccins sont fortement recommandés mais non obligatoires :

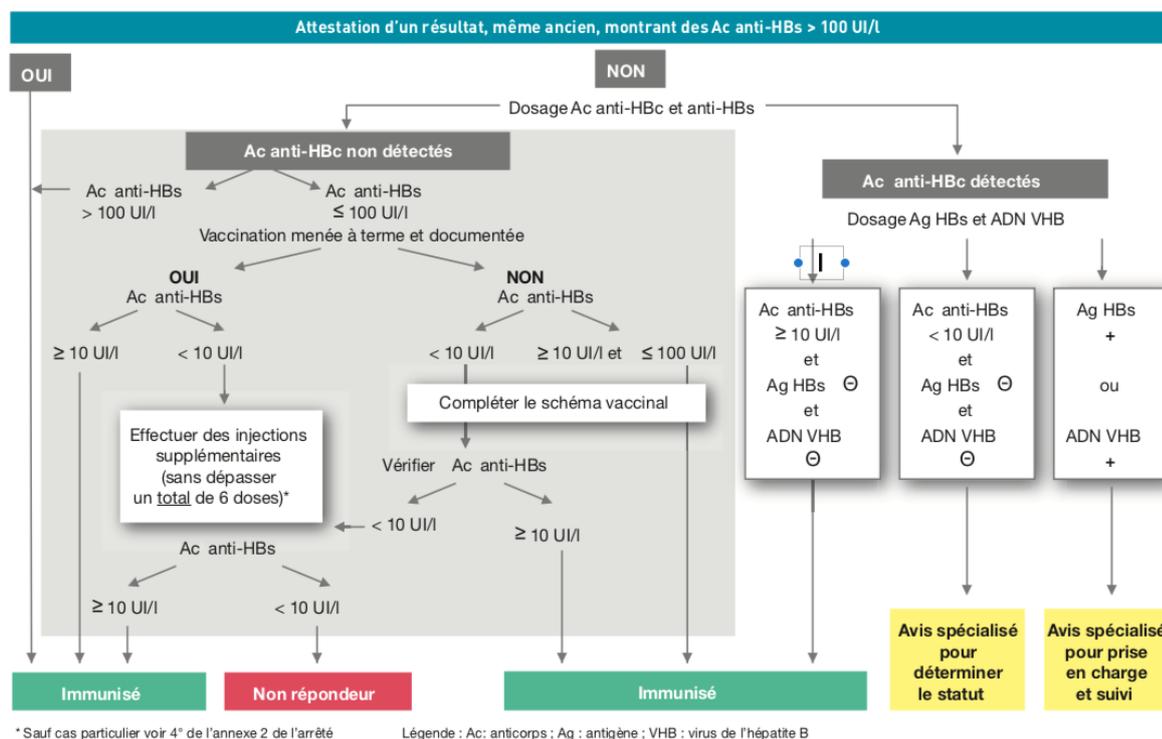
- Vaccin Coqueluche (lors d'un rappel DTP)
- Vaccins ROR : 2 injections

Merci de veiller à la mise à jour des vaccinations et remettre le dossier médical ci-joint à l'étudiant complété et signé par vos soins.

VIGILANCE

Il est **IMPÉRATIF** d'avoir eu au moins 2 doses du vaccin hépatite B avant l'entrée en formation.

3.8 Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des professionnels de santé



CERTIFICAT MEDICAL 2024

à établir par un médecin agréé
Entrée à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Rouffach
FORMATION INFIRMIERE

Je soussigné(e), docteur

médecin agréé par la préfecture du département

exerçant à

certifie que conformément à l'article 91 de l'arrêté du 21 avril 2007 modifié relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux

Madame/Monsieur

né(e) le

demeurant à

Ne présente pas de contre-indications physiques et psychologiques à l'exercice de la profession

Date :/...../.....

Signature :

Cachet du médecin

DOSSIER MEDICAL 2024

à établir par votre médecin traitant
Entrée à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Rouffach
FORMATION INFIRMIERE

NOM : Prénom :

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

Diphtérie, tétanos, polio (DTP ou DTCoqPolio) – *Obligatoire*

1^{ère} injection le : / /

1^{er} rappel : / / Age :

2^{ème} injection le : / /

2^{ème} rappel : / / Age :

3^{ème} injection le : / /

3^{ème} rappel : / / Age :

4^{ème} rappel : / / Age :

5^{ème} rappel : / / Age :

Hépatite B – *Obligatoire*

La vérification de l'immunisation et de l'absence d'infection par le VHB est obligatoire pour tous les étudiants et personnels de santé relevant de la vaccination obligatoire contre le VHB.

1^{ère} injection le : / / Dénomination : N° lot :

2^{ème} injection le : / / Dénomination : N° lot :

3^{ème} injection le : / / Dénomination : N° lot :

A réalisé une sérologie : dosage des anticorps anti-HBs ET dosage des anticorps HBc ET dosage Antigène HBs.
Joindre la copie des résultats obligatoirement.

Taux d'anticorps :

Immunisation : Oui Non

Intradermoréaction – *Recommandée*

Induration en mm

Test tuberculinique : Date :/...../..... Résultat à 72 h : mm

Vaccinations autres – *Recommandées*

ROR :

1^{ère} injection le : : / /

2^{ème} injection le : : / /

Vaccin contre **la Méningite C** (à réaliser avant 24 ans révolus) : Réalisé le/...../.....

COVID :

1^{ère} injection le : : / /

2^{ème} injection le : : / /

3^{ème} injection le : : / /

Maladies infantiles

Antécédent de la maladie

OU sérologie positive

Varicelle

Résultat :

Rougeole

Résultat :

Rubéole

Résultat :

Oreillons

Résultat :

Coqueluche

Résultat :

Hépatite A

Résultat :

Grippe (annuellement)

Résultat :

ATTENTION : le certificat d'aptitude de l'élève à l'entrée en formation dépend de ces indications.

Je soussigné, Docteur

Certifie que Mme/M.

répond à ses obligations vaccinales selon le texte en vigueur et a reçu les vaccinations obligatoires précédentes

L'étudiant(e) est autorisé(e) à débiter son parcours de stage au vu des conditions vaccinales :

OUI

NON

Fait le : / /

Cachet et signature