

## LISTE DES PIÈCES À FOURNIR RENTREE EN IFSI SEPTEMBRE 2025

Vous allez entrer en formation au sein de l'IFSI du Centre Hospitalier de FOUGERES, situé à Javené.

La date de la **rentrée** est fixée le **Lundi 1<sup>er</sup> Septembre 2025**.

Pour constituer votre dossier administratif, vous devez adresser au secrétariat de la formation concernée, les pièces justificatives suivantes **avant le 18 juillet 2025**.

### DOSSIER ADMINISTRATIF :

- La fiche de renseignement ci-jointe (**Annexe 1**)
- Une photo d'identité
- Deux photocopies recto-verso de votre carte nationale d'identité ou passeport en cours de validité (datées et signées par le candidat)
- Photocopie de votre carte vitale et l'attestation CPAM comportant votre propre numéro de sécurité sociale
- Une autorisation de publications photographiques et vidéos (**Annexe 4**)
- Une photocopie de tous les diplômes obtenus et le relevé de notes du bac
- Fiche de situation à l'entrée en formation (**Annexe 5**)
- Deux relevés d'identité bancaire à votre nom
- Une photocopie de votre permis de conduire et de la carte grise de votre véhicule à utiliser lors de vos déplacements en stage, ainsi que l'attestation d'assurance en cours (carte verte)
- Une attestation d'assurance couvrant les risques professionnels et la responsabilité civile des étudiants avec les garanties suivantes :
  - Accidents corporels causés aux tiers
  - Accidents matériels causés aux tiers
  - Dommages immatériels
- Inscription à la Contribution Vie Etudiante et Campus : démarche obligatoire pour vous inscrire dans l'enseignement supérieur. L'inscription doit se faire via le site dédié : <https://cvec.etudiant.gouv.fr/> (montant de 105 € - sous réserve de modification)  
⇒ Imprimer et transmettre cette attestation avec votre dossier administratif

**Attention :** ne sont pas concernés par cette inscription les étudiants en **promotion professionnelle**

- Merci de prévoir un chèque pour le **jour de la rentrée** pour le règlement des frais d'inscription d'un montant de 175 € (sous réserve de modification)

## DOSSIER MEDICAL :

- Un certificat médical, venant d'un médecin agréé, attestant vos aptitudes physiques et psychologiques nécessaires pour la formation (**Annexe 2**)
- Un certificat médical de vaccinations et d'immunisation obligatoires (**Annexe 3**)
- L'attestation de vaccination et d'immunisation dûment signée et complétée (**Annexe 3 bis**)
  - Joindre la photocopie de toutes les pages de votre carnet de vaccinations
  - Joindre le résultat de la sérologie hépatite B

### **ATTENTION**

**L'ADMISSION DEFINITIVE EN FORMATION N'EST EFFECTIVE QUE SI LE CANDIDAT FOURNIT AU PLUS TARD LE JOUR DE LA RENTREE UN DOSSIER MEDICAL COMPLET AVEC LES VACCINATIONS A JOUR.**

**Ne pas attendre l'admission pour prendre contact avec le médecin traitant.** Il est donc fortement recommandé d'anticiper les vaccinations et sérologies (plusieurs injections, délais entre 2 injections).

Article L.3111-4 du code de la santé publique : « *Une personne qui, dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention de soins ou hébergeant des personnes âgées, exerce une activité professionnelle l'exposant à des risques de contamination doit être immunisée contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite* ».

### **INFORMATIONS GENERALES**

Il n'y a pas de restauration sur place vous pourrez apporter votre repas et déjeuner dans la salle de détente prévue pour les étudiants et élèves, des frigidaires et des micro-ondes sont à disposition.

Pour les stages il vous sera demandé : des chaussures blanches fermées, silencieuses et antidérapantes.

La possession **d'un ordinateur** et **d'une imprimante** est souhaitable au cours de la formation (mise à disposition des cours sur une plateforme spécifique e-learning de l'institut).

Site internet de l'IFPS : [www.ifps-chfougeres.bzh](http://www.ifps-chfougeres.bzh)



**Institut de Formation aux Professions de Santé  
Centre Hospitalier de Fougères**

ZA de la Grande Marche  
6 rue Claude Bourgelat  
35133 JAVENE

Tél : 02 99 17 70 94

Mail : secretariat@ifps-chfougeres.bzh

**ANNEXE 1**

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**

(IFSI)

(IFAS)

(IFA)

(AA)

(IFAES)

(Cocher la formation correspondante)

PHOTO A COLLER  
IMPERATIVEMENT

**ETAT CIVIL :**

Nom de naissance :	Prénoms :
Nom d'usage :	Genre :
Date de naissance :	Lieu et département de naissance :
Nationalité :	

Téléphone fixe :	Téléphone portable :
Adresse mail :	

N° de sécurité sociale (15 chiffres) :
Caisse d'immatriculation sécurité social (Nom + adresse) :

**VOTRE FAMILLE :**

Situation familiale :  Célibataire  Marié(e)  Pacs  Concubinage  Divorcé(e)  Séparé(e)

	Nom / Prénom	Date mariage ou pacs	Date de naissance	Profession
Conjoint				

Nombre d'enfants :	Age des enfants :
--------------------	-------------------

**ADRESSE :**

Adresse :	
Code postal :	Ville :

**ADRESSE PENDANT LA FORMATION :**

Adresse :	
Code postal :	Ville :

**PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE**

Lien de parenté avec l'apprenant :	
Nom :	Prénom :
Adresse	
Code postal :	Ville :
Téléphone fixe :	Téléphone portable :

**PERMIS DE CONDUIRE :**

Permis de conduite :  OUI  NON  EN COURS

Date de l'obtention :	
Modèle du véhicule :	Immatriculation du véhicule :
Nombre de chevaux fiscaux du véhicule :	
(Pour les IDE, merci de nous fournir la copie du permis de conduire, l'attestation d'assurance ainsi que la carte grise)	

**SITUATION DE HANDICAP :**

Etes-vous porteur d'un handicap ?  OUI  NON

Avez-vous un dossier RQTH ?  OUI  NON

Si oui, contactez le référent handicap du site dès que possible.

**ASSURANCES :**

Merci de souscrire et nous fournir un contrat d'assurance couvrant les risques professionnels et la responsabilité civile des étudiant.es / élèves avec les garanties suivantes :

- Accidents corporels causés aux tiers
- Accidents matériels causés aux tiers
- Dommages immatériels

**ETUDES ET DIPLOMES (indiquer la nature du diplôme et la date d'obtention)**

Etudes suivies	Diplômes obtenus et Année d'obtention	Nom et ville de l'établissement

N°INE (BEA) pour les bacheliers (N° se trouvant sur le relevé de note du baccalauréat) : \_\_\_\_\_

**EXPERIENCE PROFESSIONNELLE OU STAGE(S) DANS LE SECTEUR SANITAIRE**

Fonction	Nom/ville de l'Etablissement	Dates (début – fin)

**AUTRES ACTIVITES PROFESSIONNELLES ANTERIEURES**

Employeur et adresse de l'établissement	Fonction	Contrat		
		Type (CDD/CDI/...)	Dates (début – fin)	Motif de fin

**PRISE EN CHARGE DE LA FORMATION**

Pôle Emploi (Précisez votre identifiant pour votre inscription via la plateforme Kairos)

N° identifiant : ..... Lieu d'inscription Pôle Emploi : .....

Depuis le : .....

Indemnisé par Pôle emploi :  oui  non

Bourse (informations et identifiant transmis le jour de la rentrée)

Demande de bourse :  réalisée  en cours  à réaliser

Transitions pro :  réalisé  en cours  à réaliser

CPF (Compte Personnel de Formation) :  réalisé  en cours  à réaliser

Employeur ou OPCO (Précisez les coordonnées de votre établissement)

.....  
 .....

Autres financements (Merci de nous le préciser)

.....  
 .....

Signature de l'apprenant :	Et du représentant légal pour les mineurs :
----------------------------	---

## Autorisation de publications photographiques et vidéos

Je soussigné(e), .....,

ETUDIANT INFIRMIER

1<sup>ère</sup> année

2<sup>ème</sup> année

3<sup>ème</sup> année

ELEVE AIDE SOIGNANT

ELEVE AMBULANCIER (IFA)

ELEVE ACCOMPAGNANT EDUCATIF ET SOCIAL

à l'Institut de Formation aux Professions de Santé du Centre Hospitalier de Fougères, autorise la diffusion des photographies / des vidéos sur lesquelles je suis susceptible de figurer, uniquement à des fins non commerciales.

Valable pour la durée de la formation, cette autorisation pourra être révoquée à tout moment.

Fait à : .....

Le .....

Signature

## FICHE DE SITUATION A L'ENTREE EN FORMATION

**NOM DE NAISSANCE :** ..... **NOM:** .....

**PRENOM :** ..... **NATIONALITE :** .....

**Date de naissance :** .....

**Cocher ci-dessous la case correspondant à votre situation :**

Jeune sortant du système scolaire, indiquer la date de sortie : .....

Demandeur d'emploi inscrit au Pôle emploi à la date d'entrée en formation indemnisé ou non.

N° identifiant : ..... Pôle emploi dont vous dépendez : .....

Indemnisé par Pôle emploi :  oui  non

Bourse

Demande de bourse :  réalisée  en cours  à réaliser

Fonctionnaire en disponibilité, sur présentation d'une attestation de l'employeur certifiant la non prise en charge du coût de la formation.

Salarié en congé sabbatique sans rémunération, sur présentation d'une attestation de l'employeur certifiant également la non prise en charges du coût de la formation.

Stagiaire dont les frais pédagogiques sont pris en charges par l'employeur, un OPCA ou tout autre dispositif de financement des congés de formation.

Employeur ou OPCA (Précisez les coordonnées de votre établissement)

.....  
.....  
.....

Personne sans financement.

Redoublant (personne devant valider des modules ou unités d'enseignement non validés).

Reprise de formation (personne devant valider des modules manquants).

Autres .....

Fait à :

Le :

SIGNATURE :



Institut de Formation aux Professions de Santé  
Centre Hospitalier de Fougères

ZA de la Grande Marche  
6 rue Claude Bourgelat  
35133 JAVENE

Tél : 02 99 17 70 94

Mail : secretariat@ifps-chfougères.bzh

**ANNEXE 2**

## IMPRIME POUR CERTIFICAT MEDICAL

(A compléter par le médecin agréé)

Je soussigné Docteur ..... (Médecin agréé)

atteste, après l'avoir examiné(e) ce jour que

Mr ou Mme .....

Ne présente pas de contre-indication physique ou psychologique à l'exercice de la profession (cocher la mention exacte) :

- Infirmier
- Aide-Soignant
- Ambulancier
- Auxiliaire Ambulancier
- Accompagnant éducatif et social

Fait à

Le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Signature et Cachet du médecin

**ATTESTATION MEDICALE D'IMMUNISATION ET DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES  
DES PERSONNES MENTIONNEES A L'ARTICLE L3111-4 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE**

Candidat(e) à l'inscription à la formation a été vacciné(e) :

**Hépatite B** : (3 injections obligatoires)

Schéma classique	Schéma accéléré	Schéma vaccinal réalisé :	Si la vaccination est planifiée prochaine injection prévue le :	Nom du vaccin	N° lot
J0	J0	Date 1 <sup>ère</sup> injection : 			
M1	J7/10 <sup>2</sup>	Date 2 <sup>ème</sup> injection : 			
M6	J21	Date 3 <sup>ème</sup> injection : 			

M : mois J : Jours

<sup>2</sup> **Schémas vaccinaux accélérés contre l'hépatite B** : les nouvelles recommandations du HCSP pour les situations listées ci-dessus, l'application d'un schéma accéléré comportant l'administration en primo-vaccination de trois doses en 21 jours, selon les AMM des deux 2 vaccins concernés : ENGERIX B 20 µg/1 ml et GENEVAC B PASTEUR 20 µg/0,5 ml. Afin d'assurer une protection au long cours, le rappel à 12 mois est indispensable.

A réaliser 1 mois après la 3 <sup>ème</sup> injection		Titrage Anticoprs Anti-HBs	Résultat Ac anti-HBs : ..... <b>Fournir la copie du résultat</b>
En fonction de votre résultat :			
Si Ac Anti-HBs	Inférieur à 10 UI / litre	Etude de la poursuite du schéma vaccinal par votre Médecin	Prescription du médecin .....
Si Ac Anti-HBs	Inférieur à 10 et 100 UI / litre	Recherche des anticorps anti-HBc	Résultat anti-HBc : .....UI/litre <b>Fournir copie du résultat</b>
Au-delà de 100 UI/litre		Pas de titrage complémentaire	

- Et est immunisé(e):  oui  non
- Est non répondeur (se) à la vaccination (après administration de 6 doses) :  oui  non
- Nécessite un avis spécialisé :  oui  non

♦ **Diphtérie, le tétanos et la poliomyélite :**

Vaccin intradermique ou Monovax®	Date (dernier vaccin) ou mention non vacciné	N° lot

♦ **Par le BCG**

Nom du vaccin	Date	N° lot

\*Le décret n°2019-149 du 27 février 2019 a suspendu l'obligation de vaccination par le BCG toutefois, il appartient au médecin du travail de proposer la vaccination à certains professionnels à risque élevé d'exposition au bacille tuberculeux (R4426-6 du code du travail)

IDR à la tuberculine	date	Résultat (en mm)

\*L'IDR de référence est obligatoire : Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiques

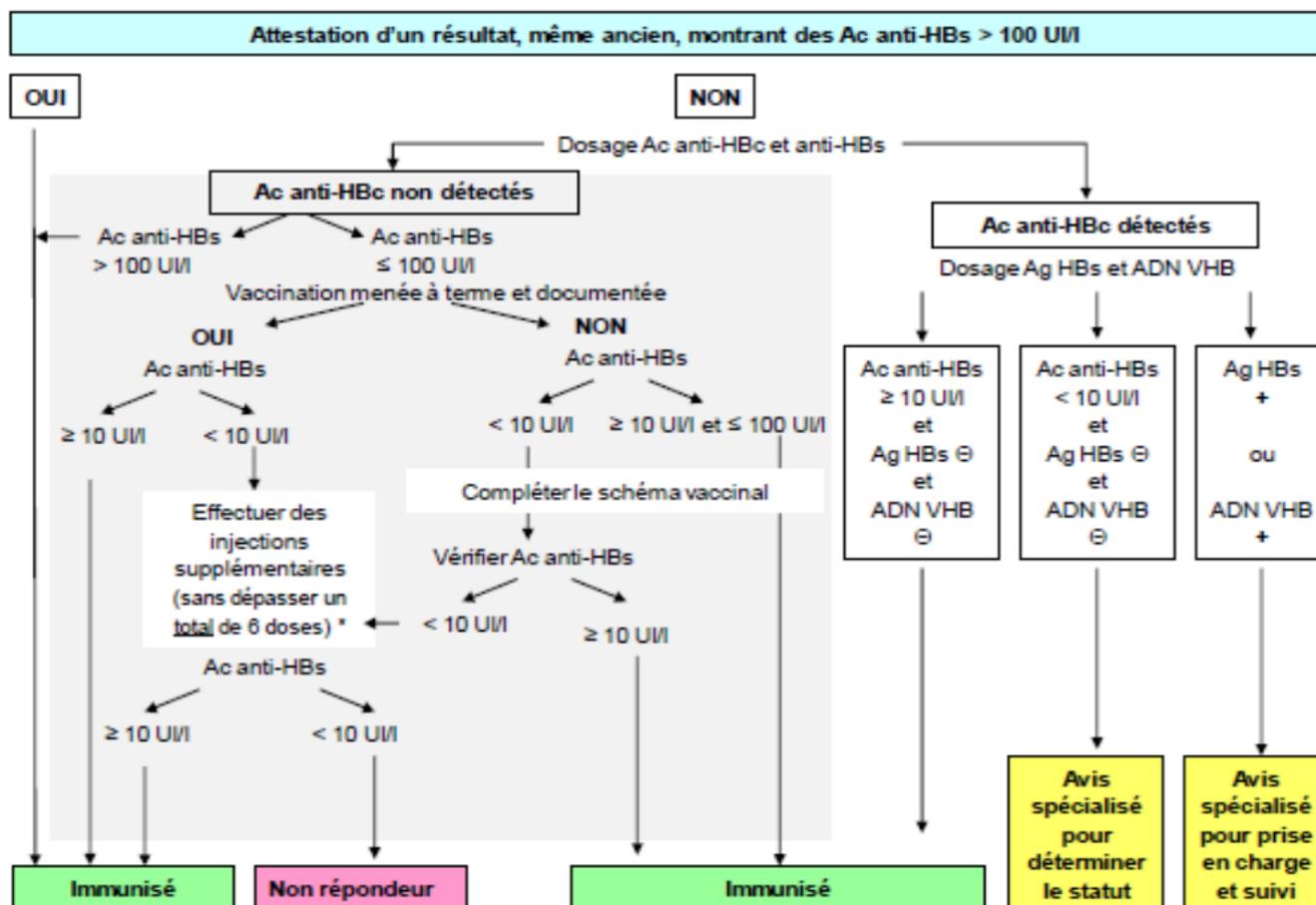
**Autres vaccinations recommandés mais non obligatoires**

	Date
<i>Coqueluche (1 rappel) chez l'adulte</i>	--/--/----
<i>Rubéole oreillons Rougeole (2 doses réalisée)</i>	--/--/---- --/--/----
<i>Grippe saisonnière</i>	--/--/----
<i>COVID-19</i>	--/--/---- --/--/---- --/--/----

**Nota bene :** Selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour les étudiants et professionnels de santé, il est par ailleurs recommandé d'être immunisé contre la COVID-19, la coqueluche, la rougeole, la rubéole et les oreillons (ROR), la varicelle et la grippe saisonnière, ainsi que contre l'hépatite A pour les personnes s'occupant d'enfants n'ayant pas atteint l'âge de la propreté (par exemple personnels des crèches, assistants maternels...) et - des structures collectives d'accueil pour personnes handicapées.

➤ **SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN :**

**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

**Textes de référence**

- Articles L.3111-1, L.3111-4 et L.3112-1 du code de la santé publique (CSP)
- Arrêté du 15 mars 1991 fixant la liste des établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins dans lesquels le personnel exposé doit être vacciné, modifié par l'arrêté du 29 mars 2005 (intégration des services d'incendie et de secours)
- Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculitiques
- Arrêté du 6 mars 2007 relatif à la liste des élèves et étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des autres professions de santé pris en application de l'article L.3111-4 du CSP
- Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux (Titre III)
- Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L.3111-4 du CSP
- Calendrier vaccinal en vigueur (cf. Site du ministère chargé de la santé : <http://www.sante.gouv.fr/vaccinations-vaccins-politique-vaccinale.html> )

## ATTESTATION DE VACCINATION ET D'IMMUNISATION

(document obligatoire pour le départ en stage)

Je soussigné(e) Docteur ..... certifie que

**Nom Prénom** .....

Né(e) le ..... à .....

Etudiante infirmier(e)

Elève aide-soignant(e)

Elève ambulancier(e)

Elève accompagnant(e) éducatif et social

Est bien à jour de ses obligations vaccinales, conformément :

- A l'Article L3111-4, modifié par la Loi n°2017-220 du 23 février 2017 – art. 4 (V) :  
Une personne qui, dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention de soins ou hébergeant des personnes âgées, exerce une activité professionnelle l'exposant ou exposant les personnes dont elle est chargée à des risques de contamination doit être immunisée contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite.
- à l'arrêté du 02 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes relevant de l'article L.3111-4 du code de la Santé Publique, contre l'hépatite B.

NB : \*Le décret n°2019-149 du 27 février 2019 a suspendu l'obligation de vaccination par le BCG toutefois, il appartient au médecin du travail de proposer la vaccination à certains professionnels à risque élevé d'exposition au bacille tuberculeux (R4426-6 du code du travail)

<p>Fait à .....</p> <p>Le</p>	<p>Docteur .....</p> <p>Cachet et signature</p>
-------------------------------	---