



## **DOSSIER D'INSCRIPTION SESSION PARCOURSUP 2021**

# **I.F.S.I. du Rouvray**

- **D.E. infirmier – Grade Licence**
  - **Stages**
  - **A.F.G.S.U.**
  - **Simulation**
  - **Réflexivité**
  - **E.Learning**
  - **Ethique**
- **Et**
- **Bien être des étudiants**

**Rentrée le Lundi 1<sup>er</sup> Février 2021**



## **SOMMAIRE**

### CONSTITUTION ET DEPOT DU DOSSIER

1. LE DOSSIER ADMINISTRATIF
  - 1.1 Dépôt du dossier
  - 1.2 Liste des pièces à fournir
  - 1.3 Modalités d'octroi de dispenses d'enseignements
  
2. LE DOSSIER MEDICAL
  
3. LE FINANCEMENT DES ETUDES
  
4. LA FICHE D'INSCRIPTION A L'I.F.S.I.

ANNEXES



## CONSTITUTION ET DEPOT DU DOSSIER

Envoyer votre dossier d'inscription :

- Au plus tard le 17 juillet 2020 pour les candidats ayant accepté définitivement une proposition d'admission entre le 19 mai 2020 et le 13 juillet 2020 inclus.
- Au plus tard le 27 août 2020 pour les candidats ayant accepté définitivement une proposition d'admission après le 13 juillet 2020.
- Après le 27 août 2020, l'inscription administrative se fera dans les plus brefs délais après l'acceptation.

Attention : L'inscription définitive ne se fera qu'après validation de votre préinscription myconcours et de l'envoi du dossier d'inscription.

**Le quota total d'étudiants** de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers du Centre Hospitalier du Rouvray **est fixé à 108 pour la rentrée scolaire de Février 2021** (des modifications ministérielles ou régionales peuvent être apportées à ce quota).

### 1. LE DOSSIER ADMINISTRATIF

Une préinscription sur la plateforme myconcours est à privilégier mais ne dispense pas de l'envoi du dossier d'inscription papier.

Le dossier d'inscription est à télécharger sur le site de l'IFSI ou à retirer au secrétariat de l'Institut de 08h30 à 11h30 et de 13h30 à 16h00 du lundi au vendredi.

**Aucun dossier ne sera remis en dehors de ces horaires.**

Vous devez déposer ou envoyer votre dossier d'inscription à l'adresse suivante :

***Institut de Formation en Soins Infirmiers  
Centre Hospitalier du Rouvray  
4, rue Paul Eluard  
BP 45  
76301 SOTTEVILLE LES ROUEN***

***Téléphone secretariat/ 02 32 95 11 98***

#### 1.1 Dépôt du dossier

☞ **Déposé au secrétariat de direction de l'IFSI (1<sup>er</sup> étage) de 08h30 à 11h30 et de 13h30 à 16h00 du lundi au vendredi.**

☞ **Envoyé en lettre recommandée avec Accusé de Réception à IFSI du Rouvray  
4, RUE PAUL ÉLUARD – B.P. 45 - 76301 SOTTEVILLE-LES-ROUEN CEDEX  
**Aucun dossier ne sera réceptionné en dehors de ces horaires.****

## 1.2 Liste des pièces à fournir

- L'attestation d'admission en première année de l'enseignement supérieur (pour les candidats parcoursup)
- La « FICHE D'INSCRIPTION A L'INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS DU ROUVRAY » dûment complétée.
- Les annexes (Déclaration de situation, dossier de Suivi Médical), dûment complétées.
- 1 enveloppe adhésive à **fenêtre format 22 X 11**, affranchie au tarif en vigueur (20g).
- Une grande enveloppe format A4 (libellée à l'adresse du candidat) affranchie au tarif en vigueur pour 250g.
- Une photocopie recto/verso de la carte nationale d'identité ou du passeport **en cours de validité à la date de l'entrée en formation.**  
*Pour les candidats étrangers, une photocopie du titre de séjour en cours de validité à la date de l'entrée en formation.*

- Un Relevé d'Identité Bancaire (RIB).
- Un chèque de **170 € à l'ordre du TRESOR PUBLIC** correspondant aux droits d'inscription à l'IFSI ; *Le paiement peut s'effectuer en espèce **uniquement** en cas de dépôt en mains propres à l'IFSI. Ces droits d'inscription seront acquis et ne feront l'objet d'aucun remboursement.*
- Une photocopie de la carte vitale
- Une photocopie du relevé de notes du baccalauréat (pour les bacheliers)
- 1 photo d'identité (original, non scannée)
- **Communauté Européenne** : Une photocopie du diplôme du baccalauréat ou relevé de note du baccalauréat pour les bacheliers de l'année en cours, ou équivalence ( DAEU / JVA / CAFMP).
- **Hors Communauté Européenne** : Une attestation de reconnaissance de niveau d'études de diplôme (**s'adresser au Centre International d'Etudes Pédagogiques Tel : 01.45.07.63.21 pour obtenir ce document**)
  - La photocopie du diplôme étranger et sa traduction par un traducteur assermenté français (ces traducteurs se trouvent dans les consulats, les ambassades, universités et les tribunaux administratifs).
  - L'attestation précisant que le titre ou le diplôme permet, dans le pays d'origine, l'accès direct aux études universitaires (équivalence baccalauréat).

Pour obtenir cette attestation, adresser un courrier à :

**M. Le Directeur du  
Centre International d'Etudes Pédagogiques (CIEP)  
1 Avenue Léon Journault  
92318 SEVRES CEDEX**

➤ **Pour les candidats infirmiers étrangers hors Union Européenne**

- La photocopie du diplôme d'infirmier
- Un relevé du programme des études suivies, précisant le nombre d'heures de cours par matière et par année de formation, la durée et le contenu des stages cliniques effectués au cours de la formation ainsi que le dossier d'évaluation continue, le tout délivré et attesté par une autorité compétente du pays qui a délivré le diplôme (*cette disposition ne s'applique pas aux candidats bénéficiant de la qualité de réfugié politique*).

➤ **Pour les candidats inscrits en PACES**

Une attestation de validation des unités d'enseignements de la 1<sup>ère</sup> année commune aux études de santé **datant de moins d'un an au moment de l'inscription**

**Les étudiants ne relevant pas d'un financement institutionnel (Région, OPCA, employeur, etc...) doivent joindre un engagement d'autofinancement de leurs études dont le montant s'élève à 6500 € par année. Il devront pour ce faire prendre contact avec l'IFSI**

### **1.3 Modalités d'octroi de dispenses d'enseignements**

Les étudiants peuvent demander une dispense d'enseignements précisée dans l'arrêté du 31 juillet 2009 modifié par l'arrêté du 13 décembre 2018 relatif au diplôme d'état d'infirmier:

Art. 7 : « Les personnes admises en formation peuvent faire l'objet de dispenses d'unités d'enseignement 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. »

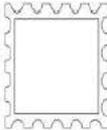
Art 8 : « les candidats visés à l'article 7 déposent auprès de l'établissement d'inscription leur demande de dispense sur la base des documents suivants :

- La copie d'une pièce d'identité,
- 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 du ou des employeurs attestant de l'exercice professionnel de l'intéressé dans une des professions identifiées du 2<sup>ème</sup> et de l'article 7
- Un curriculum vitae
- Une lettre de motivation
- Une attestation de niveau de langue B2 française pour les candidats étrangers.

La demande de dispense est à présenter **au plus tard le 8 février 2020**  
(cf fiche en annexe : « demande de dispenses d'enseignements »)

**Optionnel :**

- Un accusé de réception de dossier : si le candidat veut s'assurer que son dossier d'inscription est bien parvenu à l'IFSI, il peut joindre à son envoi postal une carte postale ordinaire de son choix affranchie au tarif en vigueur, sans enveloppe, qui lui sera retournée dès réception de son dossier de candidature complet. Sur cette carte postale, il écrira, selon le modèle ci-dessous :
  - ses noms, prénom et adresse dans la zone du destinataire
  - les mentions « *Accusé de réception* » et « *Dossier reçu le* » dans la zone de correspondance.

<p>Accusé de réception Dossier reçu le :</p> <p><i>Emplacement réservé au tampon de l'IFSI</i></p>	 <p><i>M. A. Borel</i></p> <hr/> <p><i>66 rue du paradis</i></p> <hr/> <p><i>Belmont 4</i></p> <hr/> <p><i>75001 Paris</i></p> <hr/> <p><i>France</i></p>
--	---

**ATTENTION : TOUT DOSSIER ADMINISTRATIF INCOMPLET SERA REJETE**



## **2. LE DOSSIER MEDICAL (voir annexes)**

En référence à l'arrêté du 02 Août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'art L 31 11-4 du CSP, il est nécessaire de commencer les vaccinations dès l'inscription car aucun(e) étudiant(e) ne peut effectuer de stage si les vaccinations ne sont pas à jour :

L'admission définitive à l'IFSI sera subordonnée à la production d'un certificat, établi par un médecin agréé, attestant que l'étudiant ne présente pas de contre-indication physique, ni psychologique à l'exercice de la profession infirmière.

## **3. LE FINANCEMENT DES ETUDES (voir annexe)**

Fiche "DECLARATION DE SITUATION" dûment complétée en apportant les justificatifs demandés.

### **Demandeurs d'emploi**

Un mois avant l'entrée en formation, pour constituer leur dossier, les demandeurs d'emploi doivent s'adresser à Pôle Emploi afin de connaître leurs droits à indemnisation.

Tout financement obtenu d'un organisme de financement entraîne des obligations dont, pour certains, la présence obligatoire à l'ensemble des cours et des stages.
---



# Annexes

## FINANCEMENT DE LA FORMATION

### Notice à conserver



**Avant d'entrer en institut de formation sanitaire ou sociale en Normandie, vous devez impérativement vous assurer du mode de financement de votre formation et de vos ressources<sup>(1)</sup> pendant la durée de votre formation**

VOUS ETES	QUI FINANCE VOTRE FORMATION ? <sup>(2)</sup>
En poursuite de scolarité : - Titulaire du baccalauréat depuis moins de 4 ans ou - En études (scolarité sans interruption pendant plus d'une année)	Région
Demandeur d'emploi sans emploi	Région
Salarié en CDD (droit privé ou public) ou Salarié en CDI inférieur ou égal à 24h / semaine	Région ou OPCO <sup>(3)</sup> (si éligible)
Salarié en CDI supérieur à 24h / semaine	Employeur ou OPCO
Contrats aidés, Contrat de Sécurisation Professionnelle, service civique	Région
Agent de la fonction publique (titulaire, stagiaire, contractuel en CDI, en disponibilité, inscrit ou non à Pôle-Emploi)	Pas de financement régional
En formation financée par la Région	Vous-même <sup>(4)</sup>
Dans une autre situation	Vous-même

(1) Ressources : bourse régionale sur critères sociaux, allocation chômage, maintien de rémunération, ...

(2) Conformément aux règles de financement régionales en vigueur à compter de septembre 2020 et sous réserve de modifications

(3) OPCO : Opérateurs de Compétences (Santé, Cohésion Sociale, ANFH, Dispositif de transition professionnelle ...)

(4) Cf paragraphe 2.5 « délai de carence » des règles de financement régionales

**Votre situation sera appréciée  
au moment de votre confirmation d'entrée en formation.**

**En cas de non production des pièces demandées dans les délais impartis,  
le coût de la formation vous sera facturé**



Institut de Formation en Soins Infirmiers  
du Rouvray

avec le soutien de la Région Normandie



RÉGION  
NORMANDIE

## FINANCEMENT DE LA FORMATION

### DECLARATION DE SITUATION

### + LISTE DES PIÈCES À FOURNIR

à retourner à l'Institut



RÉGION  
NORMANDIE

NOM : ..... PRENOM : .....

ADRESSE : .....

.....

NOM DE L'INSTITUT DE FORMATION : .....

#### POURSUITE DE SCOLARITE

Etablissement fréquenté et diplôme préparé

Année scolaire 2019/2020 : .....

Année scolaire 2018/2019 : .....

Année scolaire 2017/2018 : .....

Année scolaire 2016/2017 : .....

Année scolaire 2015/2016 : .....

et

Année d'obtention du baccalauréat : .....

Justificatifs à fournir :

- Lycéens : certificat de scolarité de l'année scolaire en cours ;
- Personnes titulaires d'un baccalauréat obtenu à compter de juin 2016 : copie du diplôme du baccalauréat ;
- Personnes n'ayant pas interrompu leur scolarité pendant plus d'une année : tous les certificats de scolarité depuis le lycée.

#### DEMANDEUR D'EMPLOI SANS EMPLOI

N° identifiant Pôle-emploi : .....

Dernier emploi occupé : .....

Date de début de contrat : .....

Date de fin de contrat : .....

Justificatifs à fournir : justificatif attestant une inscription à Pôle-emploi en cours de validité (disponible sur le site de pole-emploi.fr à partir de votre espace personnel)



Institut de Formation en Soins Infirmiers  
du Rouvray

avec le soutien de la Région Normandie



## SALARIE EN EMPLOI PRECAIRE

Je suis actuellement en :

- Contrat à Durée Déterminée (CDD droit public ou droit privé) ;
- Contrat de travail aidé (CUI-PEC, contrat d'avenir, etc ....) ;
- Contrat à Durée Indéterminé (CDI) d'une durée inférieure ou égale à 24 hebdomadaires ou 104h mensuelles ;
- Contrat de Sécurisation Professionnelle (CSP).

Justificatifs à fournir : contrat de travail en cours ou CSP

Je suis :

- inscrit dans le cadre du « Dispositif Démissionnaire » de Transition Pro ;
- en service civique ;
- dans une autre situation (précisez, exemple congé parental ou de maternité) : .....

Justificatifs à fournir : tout document attestant de la situation déclarée.

- Les personnes en position de congé maternité ou de congé parental doivent également fournir un justificatif permettant d'apprécier leur statut la veille du début dudit congé ;
- Les salariés concernés par le « dispositif démissionnaire » doivent fournir un justificatif de dépôt de dossier sur la plateforme de Transition Pro.

## AUTRE SITUATION (NON ELIGIBLE AU FINANCEMENT REGIONAL)

Je suis :

- salarié (hors contrats d'insertion, hors CDI inférieur ou égal à 24h/semaine et hors CDD) ;
- agent stagiaire ou titulaire de la fonction publique ;
- retraité ou j'ai dépassé l'âge légal du départ à la retraite

Type d'employeur :

- Fonction Publique Hospitalière  Fonction Publique de l'Etat  Fonction Publique Territoriale
- Employeur privé/associatif

Financement de la formation par (précisez, y compris si en attente de réponse) : .....

Justificatifs à fournir : attestation de prise en charge (employeur, ou organisme financeur) ou dans l'attente d'une réponse une attestation de dépôt d'un dossier de demande de prise en charge.

**LES PIECES JUSTIFICATIVES DOIVENT IMPERATIVEMENT ETRE JOINTES A CE DOCUMENT ET RETOURNEES A**

**L'INSTITUT DANS LES MEMES DELAIS QUE LA CONFIRMATION D'INSCRIPTION**

**TOUTE DECLARATION DE SITUATION INCOMPLETE OU NON REMISE DANS LES DELAIS ENTRAINERA LA NON PRISE EN CHARGE DE VOTRE FORMATION PAR LA REGION.**

Je soussigné(e), M./ Mme ..... atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document

Date et signature du candidat :

Date et signature des parents ou tuteurs  
pour les candidats mineurs :



## DEMANDE DE DISPENSES D'ENSEIGNEMENTS

**A RETOURNER AU PLUS TARD LE 8 FEVRIER 2021**

**En application de l'Art. 7** de l'arrêté du 31 juillet 2009 modifié par l'arrêté du 13 décembre 2018 relatif au diplôme d'état infirmier:

« Les personnes admises en formation peuvent faire l'objet de dispenses d'unités d'enseignement 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 :

Numéro de téléphone :

Mail :

Je demande une dispense d'enseignements pour les UE :

- 
- 
- 
- 
- 

**Merci de préciser le nom de l'UE et le(s) semestre(s) concerné(s) et de fournir tous les justificatifs .**

**Date :**

**Signature de l'étudiant :**



Institut de Formation en Soins Infirmiers

*du Rouvray*



avec le soutien de la Région Normandie

## FICHE D'INSCRIPTION A L'INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS DU ROUVRAY

Nom de famille

Prénom

Nom d'usage

Autre(s) prénom(s)

Date de naissance

Département

Lieu

N° Tél. portable

Situation Fam.

N° INE - BEA

Nationalité

N° SS

Adresse

Adresse (suite)

CP, Ville

Téléphone

E.Mail 1



E.Mail 2



Diplômes

BAC :

Série :

Autre :

## DOSSIER MEDICAL

❶ Certificat médical émanant d'un médecin **agrée** attestant que le candidat présente les aptitudes physiques et psychologiques nécessaires à l'exercice de la profession - lien du site de l'ARS de Normandie :

<https://www.normandie.ars.sante.fr>

**Pour les candidats hors région, contactez votre ARS pour obtenir la liste des médecins agréés.**

La fiche de vaccination ci-jointe dûment complétée par un médecin.

- Antidiphtérique
- Antitétanique
- Antipoliomyélitique
- Anti Hépatite B

**IMPORTANT** : Pour toutes les vaccinations ou rappels de vaccinations, les dates exactes (jour, mois, année) sont exigées.



## Dossier de Suivi Médical

### Etudiant en Soins Infirmiers

Nom : .....

Prénoms : .....

Date de Naissance : .....

N° Sécurité Sociale : .....

**A compléter au fil de votre cursus**, ce document recense l'ensemble des éléments obligatoires pour votre dossier de rentrée scolaire.

**Attention**, vous devez impérativement conserver une copie de ce document à produire s'il vous est demandé par le lieu de stage.



Vous avez choisi un métier de soins et de communication qui exige de répondre à certains critères de santé physique et psychologique.

Au terme de l'arrêté relatif à votre formation<sup>1</sup> vous devez pour votre entrée en formation

1. Faire remplir la fiche de vaccinations par le centre de vaccinations ou par votre médecin traitant.<sup>2</sup>

2. Faire réaliser un certificat médical « attestant que l'étudiant ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession » par un médecin agréé par la préfecture.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Arrêté du 21 avril 2017 modifié relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux

<sup>2</sup> Calendrier des vaccinations obligatoires et recommandations vaccinales en vigueur sur le site BEH

<sup>3</sup> La liste des médecins agréés est disponible sur le site de l'Agence Régionale de Santé

## VACCINATIONS

Vous trouverez sur le site BEH<sup>4</sup> un guide des vaccinations obligatoires et recommandées correspondant à votre filière de formation.

### Vaccinations obligatoires

	1 <sup>ère</sup> inj	2 <sup>ème</sup> inj	3 <sup>ème</sup> inj	1 <sup>er</sup> rappel (16-18 mois)	2 <sup>ème</sup> rappel (6ans)	3 <sup>ème</sup> rappel (16-18 mois)	rappel (25 ans)	Rappel (45 ans)
<b>DTPolio</b>								
Coqueluche +rappel adulte								
<b>Hépatite B</b>	Schéma classique	1 <sup>ère</sup> inj	2 <sup>ème</sup> inj à 1 mois	3 <sup>ème</sup> inj à 6 mois				
		1 <sup>ère</sup> inj	2 <sup>ème</sup> inj à 1 mois	3 <sup>ème</sup> inj à 6 mois	Rappel à 1 an			
<b>BCG</b>	Date :							
<b>IDR</b>	Date(s)				Mesure (en mm)			

Vaccinations recommandées :

<sup>4</sup> BEH : Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire

avec le soutien de la Région Normandie

Grippe	Date de la dernière injection		
Hépatite A	Date de la 1 <sup>ère</sup> injection	Date rappel	Date rappel
Rougeole	Antécédent clinique de maladie*) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Oreillons	Antécédent clinique de maladie *) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
ROR	Date de la 1 <sup>ère</sup> injection	2 <sup>ème</sup> injection	
Varicelle	Antécédent clinique de maladie(*) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Date 1 <sup>ère</sup> injection	Date 2 <sup>ème</sup> injection

(\*) données médicales à communiquer au médecin agréé



Attestation médicale d'immunisation  
et de vaccinations obligatoires

Certificat médical à établir par un médecin agréé pour  
l'admission en institut de formation paramédicale

Je soussigné-e , docteur

Radiographie pulmonaire oui  non

Date de la réalisation: .....

.....

certifie que M/Mme

Le médecin agréé juge de l'opportunité d'examens ou

NOM : .....

avis complémentaires pour déterminer sa décision médicale

Prénom : .....

né-e le : .....

demeurant :  
.....  
.....

Je soussigné-e , docteur .....

Médecin agréé par la préfecture de .....

Exerçant à .....

.....  
candidat-e à l'inscription à l'institut de formation  
en soins infirmiers a été vacciné-e :

certifie que M/Mme

NOM : ..... Prénom : .....

né-e le : .....

demeurant : .....

.....

• Par le BCG : oui  non

• Contre la Diphtérie, le tétanos

et la poliomyélite : oui  non

• Contre la Coqueluche : oui  non

• Contre l'hépatite B : oui  non

Est considéré-e comme :

• Immunisé-e contre l'hépatite B : oui  non

• Non répondeur-se à la vaccination oui  non

NE PRESENTE PAS DE CONTRE INDICATION PHYSIQUE ET/OU  
PSYCHOLOGIQUE A L'EXERCICE DE LA PROFESSION

A la date du .....

Signature :