

2024-2025

RENTRÉE 2024-2025



DOSSIER

Inscription administrative

IFSI du CH de Brive-la-Gaillarde

POLE DE FORMATION EN SANTE
Instituts de Formation des Professions de Santé
22, Rue Jules Vallès
19 100 BRIVE-LA-GAILLARDE



Dossier d'inscription administrative

ADMISSION

Institut de Formation en Soins Infirmiers du
Centre Hospitalier de BRIVE-LA-GAILLARDE

NOM (de naissance) :

NOM D'USAGE :

PRÉNOM :

ADRESSE :

Ce dossier est strictement réservé aux candidats admis en Institut de Formation en Soins Infirmiers pour la rentrée de septembre 2024 et ayant confirmé leur place à l'issue de la procédure Parcoursup OU ayant réussi les épreuves de sélection par la voie de la Formation Professionnelle Continue (FPC) du mois de Février 2024.

Vous devez **imprimer ce dossier en recto uniquement**.

Le dossier est à nous retourner dûment complété et accompagné des pièces demandées **par voie postale en Lettre Suivie (cachet de la poste faisant foi)**, ainsi que le chèque d'inscription, au plus tard :

- Le 30 mai 2024 pour les candidats FPC ayant confirmé l'inscription auprès de l'institut ;
- Pour tous les candidats Parcoursup ayant accepté définitivement une proposition d'admission, le plus rapidement possible ;

L'institut étant fermé du 05 au 17 août 2024, éviter l'envoi en recommandé pendant cette période car il vous sera retourné faute de réception possible.

LES DOSSIERS DOIVENT COMPORTER L'INTÉGRALITÉ DES PIÈCES DEMANDÉES ET CELA CONDITIONNE VOTRE ENTRÉE EN FORMATION – LES DOSSIERS INCOMPLETS NE SERONT PAS PRIS EN COMPTE.

La rentrée à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers est fixée au :

LUNDI 02 SEPTEMBRE 2024

La **PRÉ-RENTRÉE** aura lieu le Judi 29.08.2024 de 08h00 à 12h00 ou de 13h00 à 17h00.
Une convocation vous sera envoyée prochainement.

VOTRE PRÉSENCE EST OBLIGATOIRE



Dossier d'inscription administrative

ADMISSION

Institut de Formation en Soins Infirmiers du
Centre Hospitalier de BRIVE-LA-GAILLARDE

SOMMAIRE

1. PIÈCES À FOURNIR IMPÉRATIVEMENT POUR L'INSCRIPTION	3
2. FICHE DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS OBLIGATOIRE	4
3. PARCOURS SCOLAIRE :	5
4. ACCOMPAGNEMENT HANDICAP :	6
5. DOSSIER MÉDICAL	7
6. FINANCEMENT DES FRAIS PÉDAGOGIQUES/COÛT DE LA FORMATION.....	10
7. DEMANDE DE BOURSES SANITAIRES ET SOCIALES.....	11
8. CONTRIBUTION À LA VIE ÉTUDIANTE ET DE CAMPUS 2024	12
9. ENSEIGNEMENT CLINIQUE – STAGE.....	13
10. RECUEIL DE DONNÉES D'EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE	14
11. DEMANDES DE DISPENSE D'UNITÉS D'ENSEIGNEMENT	15
Demande de dispense d'Unités d'Enseignement - Diplômé infirmier hors Union Européenne	16
Demande de dispense d'Unité d'Enseignement - Diplômé aide-soignant et auxiliaire de puériculture	17
Diplômés ou étudiants dans les métiers de la santé	18
Demande de dispense d'Unité d'Enseignement contributive en formation infirmière	19
12. AUTORISATION d'enregistrement et de diffusion de la voix/image	20
13. AUTORISATION POUR LES MINEURS	21
14. INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES.....	24



Dossier d'inscription administrative

ADMISSION

Institut de Formation en Soins Infirmiers du
Centre Hospitalier de BRIVE-LA-GAILLARDE

1. PIÈCES À FOURNIR IMPÉRATIVEMENT POUR L'INSCRIPTION

- ☐ 3 Photocopies couleur de la carte d'identité (recto-verso) ou du passeport sur feuille A4
- ☐ 1 Photocopie de la carte grise et de l'assurance du véhicule correspondante en cours de validité
- ☐ La fiche de renseignements complétée
- ☐ La photocopie du relevé de notes des épreuves du Baccalauréat 2024 uniquement pour les candidats en classe de terminale durant l'année scolaire 2023-2024.
Pour les étudiants infirmiers étrangers, joindre obligatoirement :
 - une traduction du diplôme effectuée par un traducteur agréé auprès des tribunaux français,
 - une attestation de comparabilité d'études (ancienne attestation de niveau) de ce diplôme, délivrée par l'organisme Enic-Naric, attestant de l'équivalence au minimum niveau IV (baccalauréat).***Attention** : le délai pour obtenir cette attestation est de plusieurs mois. Les frais liés à cette attestation délivrée par Enic-Naric sont à la charge du candidat. Enic-Naric : 1 avenue Léon Journault 92318 SEVRES CEDEX Tél : 01 45 07 63 21. Site internet : www.ciep.fr/enic-naricfr/dossier.php*
- ☐ La demande de dispense d'Unités d'Enseignement si vous êtes concerné(e)
- ☐ 2 photocopies de l'attestation de droits à l'assurance maladie
- ☐ Un chèque de frais d'inscription d'un montant de 175€ établi à l'ordre de Régie IFSI-IFAS. Pour les étudiants boursiers, la notification d'attribution de Bourses Sanitaires et Sociales doit être impérativement fournie afin d'être exonéré des frais d'inscription. Les étudiants ne disposant pas encore de cette notification doivent fournir le chèque. Ils seront remboursés à réception de leur notification d'attribution.
- ☐ Le certificat médical complété par un médecin agréé (liste disponible sur le site de l'ARS). **À RENDRE AVEC LE DOSSIER D'INSCRIPTION.**
- ☐ Le dossier médical dûment complété (à rendre le jour de la pré-rentrée au service de la médecine du travail)
- ☐ L'attestation de paiement de 103€ (tarif 2024) correspondant aux frais de CVEC obtenue sur la plateforme APOGEE du CROUS (**AVEC LE QR CODE**)
- ☐ La fiche de financement du coût de la formation complétée et les pièces justificatives demandées
- ☐ 2 photocopies du RIB au nom de l'étudiant sur feuille A4
- ☐ Le certificat de participation à la Journée Défense et Citoyenneté (obligatoire pour ceux nés après 1988)
- ☐ **L'attestation d'admission Parcoursup ou une attestation sur l'honneur de non inscription sur Parcoursup** pour les candidats ayant passé les épreuves relevant de la Formation Professionnelle Continue.
- ☐ Autorisations Image/voix
- ☐ Une photocopie de l'assurance (attestation) couvrant la responsabilité civile et/ou professionnelle de l'étudiant(e) : Les étudiant(e)s doivent être garanti(e)s pour l'ensemble des risques couvrant la responsabilité civile, tant lors des stages que des trajets occasionnés par ceux-ci :
 - * Accidents corporels causés aux tiers ;
 - * Accidents matériels causés aux tiers ;
 - * Dommages et intérêts.



Dossier d'inscription administrative

ADMISSION

Institut de Formation en Soins Infirmiers du
Centre Hospitalier de BRIVE-LA-GAILLARDE

2. FICHE DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS OBLIGATOIRE

Nom de famille (Naissance) : Nom d'usage :

Prénom(s) (dans l'ordre de l'Etat Civil) :

Date et lieu de naissance :/...../..... à N° Dpt :

Nationalité :

Célibataire ☐ ; Marié(e) ☐ ; Concubin(e) ☐ ; Pacsé(e) ☐ , Séparé(e) ☐ ; Divorcé(e) ☐ ; Veuf(ve) ☐

Numéro de Sécurité Sociale :

MODE DE DÉPLACEMENT DURANT LES STAGES

Avez-vous le permis de conduire : ☐ oui ☐ non

Avez-vous un véhicule personnel : ☐ oui ☐ non

N° d'immatriculation :

Puissance fiscale (P6 sur carte grise) :

ADRESSE LORS DE L'ANNÉE DE FORMATION À VENIR :

N°..... Rue

.....

Code Postal.....

Commune.....

N° de téléphone fixe N° de téléphone mobile

Email

Coordonnées de la personne à prévenir en cas d'urgence (en qualité de + n° de téléphone) :

.....

.....



Dossier d'inscription administrative

ADMISSION

Institut de Formation en Soins Infirmiers du
Centre Hospitalier de BRIVE-LA-GAILLARDE

3. PARCOURS SCOLAIRE

Titre ou diplôme validant l'inscription aux épreuves de sélection :

- ☐ Baccalauréat Série : Année..... N°INE* :
Spécialité Première : Spécialités Terminale : ,
- ☐ D.E.A.M.P Année
- ☐ D.A.E.U Année
- ☐ D.E.A.S Année
- ☐ D.E.A.P Année
- ☐ Diplôme Infirmier étranger – Pays d'obtention :
- ☐ Validation des acquis (date) : délivrée par la D.R.J.S.C.S de la région :

Certificat Informatique B2i Oui ☐ Non ☐
Certificat Informatique C2i Oui ☐ Non ☐

Etudes poursuivies après les études secondaires (PACES – LICENCE – MASTER - Autres) :

(Etudes Supérieures) : **Etablissement(s) - Diplôme(s) obtenu(s) - Année**

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

(*) – Vous trouverez ce n° INE sur le relevé de notes du Baccalauréat (depuis 1995) ou en contactant votre ancien lycée ou votre ancienne faculté - Il est aussi appelé n° BEA. Il s'agit de 10 chiffres à la suite suivis d'une lettre.

N° Etudiant (si déjà inscrit à l'université) :



Dossier d'inscription administrative

ADMISSION

Institut de Formation en Soins Infirmiers du
Centre Hospitalier de BRIVE-LA-GAILLARDE

Autre(s) Formation(s) : Ecole(s) - Diplôme(s) obtenu(s) - Année

.....

.....

.....

.....

PARCOURS PROFESSIONNEL : Année - Durée - Etablissement - Service - En qualité de

.....

.....

.....

.....

4. ACCOMPAGNEMENT HANDICAP :

Aurez-vous besoin d'un accompagnement spécifique durant votre cursus de formation ?

☐ Non ☐ Oui

Si oui, lequel ?

Si oui, documents à fournir :

- Demande écrite à la direction des instituts de formation
- Aménagements antérieurs (PAP, PPS PAI)
- Bilan orthophoniste récent si troubles des apprentissages
- Justificatif MDPH ou par un médecin agréé MDPH

Votre dossier sera ensuite étudié par la section pour le traitement pédagogique des situations individuelles qui « détermine les possibilités d'aménagement de déroulement des études » conformément à l'arrêté du 31 juillet 2009.

Afin d'organiser au mieux votre rentrée universitaire, merci de contacter dès à présent notre référente Handicap christine.pillien@ch-brive.fr



Dossier d'inscription administrative

ADMISSION

Institut de Formation en Soins Infirmiers du
Centre Hospitalier de BRIVE-LA-GAILLARDE

5. DOSSIER MÉDICAL

Médecine du Travail du Centre Hospitalier de BRIVE-LA-GAILLARDE

Téléphone : 05 55 92 66 53

Email : med-travail@ch-brive.fr

Dans le cadre de votre admission à l'institut de formation en soins infirmiers, vous êtes prié(e)s **de fournir les documents suivants** :

- **La Fiche Médicale ci-jointe**, remplie par un médecin
- **La preuve de votre immunité** contre la rubéole (pour les femmes) et les oreillons (pour les hommes). Si l'immunité est négative, la vaccination est recommandée mais pas obligatoire
- Une photocopie du carnet de santé (vaccinations), intégrant la vaccination anticovid fortement recommandée **mais non-obligatoire (décret n°2023-368 du 13 mai 2023 relatif à la suspension de l'obligation de vaccination contre la COVID-19 des professionnel et étudiants)**.
- La preuve de votre immunité contre l'hépatite B
 - * Dosage quantitatif des Anticorps Anti-Hbs
 - * Recherche de l'AgHbs ➤ (arrêté du 06.03.2007)
- Une **radiographie pulmonaire** et un test tuberculinique datant de moins de 3 mois.
 - BCG - non obligatoire depuis le 1^{er} avril 2019
- Une **photo d'identité** (Nom et Prénom au dos).

CE DOSSIER MÉDICAL COMPLET EST À REMETTRE LORS DE LA PRÉ-RENTRÉE.

Le Médecin du Travail.
M. le Dr Bergès Pascal

NB : Rappel : la vaccination contre l'hépatite B est obligatoire et à débiter ou mettre à jour dès votre inscription en formation.

Dossier d'inscription administrative

ADMISSION

Institut de Formation en Soins Infirmiers du
Centre Hospitalier de BRIVE-LA-GAILLARDE

- Inscription des étudiants en santé -

Fiche médicale à valider par un médecin

Filière : ☐ Médecine ☐ IFSI ☐ Odontologie ☐ IFAS ☐ Pharmacie ☐ Kinésithérapie ☐ Sage-femme

Autre :

Année d'admission :

NOM : NOM de naissance :

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

Tél. : Email :

Département de naissance : Code postal lieu de résidence :

Commune de naissance ou pays si né(e) à l'étranger :

Avant votre entrée en formation, vous devez apporter la preuve que vous êtes vacciné(e) contre différentes maladies. Si vous n'êtes pas à jour des vaccinations obligatoires, vous ne serez pas autorisé(e) à aller en stage. Les tableaux suivants devront être complétés par votre médecin sauf si le carnet de vaccination numérique a été créé sur www.mesvaccins.net et validé par un professionnel de santé. Cette fiche devra être communiquée, avec les résultats** sérologiques réalisés (au minimum anticorps anti-HBs et anticorps anti-HBc), en même temps que votre dossier d'inscription (article L3111.4 du Code de la Santé Publique).

Un carnet de vaccination numérique est créé et validé par un professionnel de santé : oui : ☐ non : ☐

Diphtérie-Tétanos-Polio (dTP)* / Diphtérie-Tétanos-Polio-Coqueluche (dTPca)

Si un vaccin coquelucheux n'a pas été administré dans les 5 dernières années, faire 1 dose de vaccin dTcaP (au moins 1 mois après le dernier dTP). Ensuite, les rappels seront administrés aux âges fixes de 25, 45 et 65 ans avec systématiquement la valence coquelucheuse.

Dernier rappel dTP : Date : .. / .. / Nom : Dernier rappel dTcaP : Date : .. / .. / Nom :

Hépatite B*

Joindre les résultats sérologiques quelle que soit la date**

Rappel des conditions d'immunisation :

- 1) Ac anti-HBs > 100 UI/l (quels que soient l'historique vaccinal et l'ancienneté des résultats) ;
- 2) Ac anti-HBs ≥ 10 UI/l et Ac anti-HBc négatif (si schéma vaccinal complet) ;
- 3) Ac anti-HBs ≤ 10 UI/l : compléter le schéma vaccinal.

Les différents schémas complets :

- soit pour les adultes (3 doses) :

- 2 doses à 1 mois d'intervalle, la 3ème au moins 5 mois après la 2ème dose ;
- soit accéléré (à titre exceptionnel) : 3 doses en 21 jours, rappel à 1 an.

=> Date : .. / .. / Nom :

=> Date : .. / .. / Nom :

=> Date : .. / .. / Nom :

- soit à l'adolescence de 11 à 15 ans (3 doses) :

- 2 premières doses espacées de 1 mois, puis la 3ème au moins 5 mois après la 2ème dose (schéma préférentiel) ;
- ou 2 doses espacées de 6 mois avec ENGERIX® B20.

Covid-19

Antécédent de COVID : non ; oui (si oui, date : / /)

Dernière injection : non ; oui (si oui, date : / /)

vaccin utilisé :

Rougeole-Oreillons-Rubéole (ROR)

Personnes nées avant 1980 :

- Antécédent de rougeole => Date : / /
- Pas d'antécédent de rougeole ou doute => 1 dose recommandée sans contrôle sérologique préalable.

Personnes nées depuis 1980 : vaccination 2 doses recommandées, à 1 mois d'intervalle quels que soient les ATCD.

Schéma vaccinal :

- Première dose : Date : .. / .. / Nom :
- Deuxième dose : Date : .. / .. / Nom :

Varicelle

+ Antécédent de maladie
+ Pas d'antécédent ou doute

Si pas d'antécédent ou doute => Sérologie à faire

Joindre le résultat**

Si sérologie négative => Vaccination recommandée

- Première dose : Date : .. / .. / Nom :
- Deuxième dose : Date : .. / .. / Nom :

Méningocoque C

Vaccination recommandée jusqu'à l'âge de 24 ans inclus : Date : .. / .. / Nom :

Tuberculose (vaccination non obligatoire depuis le 1er avril 2019)

Date de lecture de l'IDR :
Résultats (mm) :

Si vous disposez d'une IDR (Intra Dermo Réaction) de référence, merci de l'indiquer ici :

Est-il nécessaire de disposer d'un résultat d'IDR pour l'entrée en stage ? Non, ce test n'est pas obligatoire.

Toutefois, le médecin doit proposer à l'étudiant de réaliser cette IDR (ou une IGRA, préférentielle chez les sujets vaccinés par le BCG) car le résultat servira de référence en cas de contagion ultérieure et de détection d'ITL, particulièrement chez les étudiants originaires de zones d'endémie ou de forte circulation.

Cette vaccination n'est plus exigée lors de la formation ou l'embauche. Il appartient aux médecins du travail d'évaluer le risque et de proposer, le cas échéant une vaccination BCG. À noter, la réalisation d'IDR est à éviter dans le mois suivant une vaccination ROR.

Je, soussigné(e) Dr certifie que les renseignements inscrits ci-dessus sont exacts.

Fait le :

Signature et cachet du praticien :

* Obligatoire

** Nous vous rappelons que tous les éléments demandés doivent être joints sous pli confidentiel.



Dossier d'inscription administrative

ADMISSION

Institut de Formation en Soins Infirmiers du
Centre Hospitalier de BRIVE-LA-GAILLARDE



INSTITUTS DE FORMATION PARAMEDICALE
(IFSI-IFAS)



Direction des instituts :

Laurence BLANCO

Je soussigné(e) Docteur (Nom-Prénom)

Coordination pédagogique :

Mylène NEYRET

Médecin à

Secrétariat :

Accueil

Déclare avoir examiné(e) ce jour (Nom-prénom):

Emma BORDES-BOURGES

Entrant en institut de formation paramédicale :

05.55.92.79.55

Suivi des étudiants et
intervenants

Conformément aux articles 10 et 13 du décret n°88-386 du 19 avril 1988, je constate que l'intéressé(e) n'est atteint(e) d'aucune maladie ou infirmité, ou que les maladies ou infirmités constatées et qui doivent être indiquées au dossier médical de l'intéressé(e) ne sont pas incompatibles avec l'exercice des fonctions postulées.

Fanny MAGNAUDET

05.55.92.79.18

J'engage ma responsabilité et déclare que l'intéressée(e) :

- ☐ N'est atteint(e) d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique avec l'exercice de la profession aide-soignante ou infirmière *
- ☐ Ne remplit pas les conditions d'aptitudes physiques ou psychologiques

OBSERVATIONS EVENTUELLES :

Fait et délivré à la demande des instituts
de formation paramédicale du CH de
Brive, pour valoir ce que de droit,

à

Le

Signature et cachet obligatoire

Certificat médical en vue de l'entrée en IFSI-IFAS

Ce document officiel sera classé au dossier administratif de l'apprenant

*Rayer la mention inutile

Dossier d'inscription administrative

ADMISSION

Institut de Formation en Soins Infirmiers du
Centre Hospitalier de BRIVE-LA-GAILLARDE

6. FINANCEMENT DES FRAIS PÉDAGOGIQUES/COÛT DE LA FORMATION

STATUT	Pièces obligatoires à fournir avec le dossier d'inscription	Partie réservée à l'administration
☐ Salarié(e) du secteur public	L'attestation de prise en charge par l'employeur du coût de la formation.	
☐ Salarié(e) du secteur privé	L'attestation de prise en charge de l'employeur ou d'un fonds de formation en produisant l'attestation de prise en charge des frais de formation.	
☐ Inscrit(e) à Pôle Emploi	N° identifiant Pôle Emploi Date d'inscription L'avis de situation à télécharger sur votre espace personnel Pôle Emploi, document daté de moins d'un mois à la date de l'entrée en formation à transmettre pour le 23 Août 2024 (dernier délai).	
☐ En poursuite de scolarité	Le ou les certificats de scolarité successifs depuis l'obtention du baccalauréat ou titre équivalent. Le cas échéant, la ou les attestation(s) de scolarité en classe préparatoire aux épreuves de sélection d'entrée en IFSI.	
☐ Bourses Sanitaires et Sociales	Notification d'attribution des Bourses Sanitaires et Sociales – Septembre 2024 à réception de cette dernière	
☐ Aucune des catégories précédentes		



Dossier d'inscription administrative

ADMISSION

Institut de Formation en Soins Infirmiers du
Centre Hospitalier de BRIVE-LA-GAILLARDE

7. DEMANDE DE BOURSES SANITAIRES ET SOCIALES

Je soussigné(e)

demeurant à

Confirme mon inscription à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers du CH de BRIVE.

A remis :

- ☐ Un chèque d'un montant de 175€ à l'ordre de Régie IFSI-IFAS (comportant le Nom et le Prénom de l'étudiant(e) au dos du chèque)

Brive la Gaillarde, le

Signature de l'étudiant(e)

Signature du représentant légal (étudiant(e) mineur)

Un exemplaire est à conserver par l'étudiant(e)



Dossier d'inscription administrative

ADMISSION

Institut de Formation en Soins Infirmiers du
Centre Hospitalier de BRIVE-LA-GAILLARDE

8. CONTRIBUTION À LA VIE ÉTUDIANTE ET DE CAMPUS **2024**

Cette contribution, d'un montant de **103€** (tarif 2024), est à régler directement sur la plateforme (APOGEE) du CROUS : <https://cvec.etudiant.gouv.fr/>

En fonction de votre situation (prise en charge par employeur ou un organisme collecteur), veuillez-vous référer aux conditions détaillées sur le site du CROUS.

Cette somme de 103€ comprend :

- ✓ La cotisation au FSDIE (Fonds de Solidarité et Développement des Initiatives Étudiantes) ;
- ✓ La cotisation pour les activités sportives et culturelles ;
- ✓ La cotisation pour la médecine préventive de l'université.

(Article de loi N°2018-166 du 8 mars 2018)

L'attestation CVEC comportant le **QR Code**, témoin de votre règlement, doit être transmise avec votre dossier.

LES ÉTUDIANTS BOURSIERS, MÊME S'ILS SONT EXEMPTS DU PAIEMENT, DOIVENT OBLIGATOIREMENT NOUS FOURNIR CETTE ATTESTATION.

CETTE ATTESTATION DOIT IMPERATIVEMENT ÊTRE RENDUE AVEC VOTRE DOSSIER D'INSCRIPTION afin de pouvoir vous inscrire à l'université.

PS : Seules les promotions professionnelles sont exonérées de cette contribution



Dossier d'inscription administrative

ADMISSION

Institut de Formation en Soins Infirmiers du
Centre Hospitalier de BRIVE-LA-GAILLARDE

9. ENSEIGNEMENT CLINIQUE – STAGE

- **Conformément au règlement intérieur et au projet des instituts du CH de BRIVE,**
 - Les lieux de stage se répartissent géographiquement sur les départements de la Corrèze, de la Dordogne, du Lot et de la Haute-Vienne. Il est de ce fait indispensable que chaque étudiant dispose de possibilité de locomotion lui permettant de se rendre sur son terrain de stage.
 - Aucune modification d'affectation ne peut être exigée par l'étudiant sous prétexte d'absence de moyen de locomotion ou de raison personnelle d'organisation.
 - L'amplitude est de 6 heures à 22 heures ou de 19 heures à 8 heures pour les nuits, sur une base de 35 heures par semaine.
- **Les tenues sont fournies par les établissements au regard de l'instruction interministérielle n°DGOS/DGESIP/2020/155 du 9 Septembre 2020.**
Néanmoins, vous devez compléter votre équipement par :
 - Des chaussures blanches, silencieuses, fermées, lavables **EXCLUSIVEMENT RÉSERVÉES AU STAGE**
 - D'une montre à trotteuse

Je soussigné(e) (Nom et Prénom de l'étudiant(e)) :

Certifie avoir été informé(e) des obligations de stage (horaires et lieux) et en accepte les modalités d'application.

Fait à Brive le :

Signature de l'étudiant(e) :

Signature du représentant légal (étudiant(e) mineur)

Un exemplaire est à conserver par l'étudiant(e) après signature



Dossier d'inscription administrative

ADMISSION

Institut de Formation en Soins Infirmiers du
Centre Hospitalier de BRIVE-LA-GAILLARDE

10. RECUEIL DE DONNÉES D'EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE

NOM				
Prénom				
Ville de résidence pendant les études				
Autres villes possibles dans le département				
Dernières expériences professionnelles dans le domaine sanitaire ou médico-social par ordre chronologique				
Année	Durée	Etablissement	Service/Unité	Fonction
Stages dans le domaine sanitaire ou médico-social par ordre chronologique				
Année	Durée	Etablissement	Service	En qualité
Projet professionnel possiblement envisagé				
	Oui	Non	Ne sait pas	
Puériculture				
Anesthésie-Réanimation				
Bloc opératoire				
Cadre de santé				
Infirmière en Pratiques Avancées (IPA)				
Affectation en stage à éviter au regard de votre situation personnelle (sous réserve)				
-				



Dossier d'inscription administrative

ADMISSION

Institut de Formation en Soins Infirmiers du
Centre Hospitalier de BRIVE-LA-GAILLARDE

11. DEMANDES DE DISPENSE D'UNITÉS D'ENSEIGNEMENT

Arrêté du 31 juillet 2009 modifié relatif au diplôme d'état d'infirmier : « Article 7 - 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 ».

La demande de dispense d'UE effectuée par les nouveaux entrants en IFSI lors de l'inscription peut concerner des enseignements dans l'ensemble du cursus de 3 ans.

Elle sera examinée en fonction du cursus précédemment suivi. Le formulaire de demande de dispense sera à transmettre à l'institut accompagné des pièces exigées listées dans le formulaire.

Plusieurs catégories se distinguent :

- Les infirmiers diplômés d'état hors UE : le cursus de formation et d'exercice professionnel seront étudiés ;
- Les titulaires du DEAS ou DEAP ;
- Les titulaires d'un diplôme d'Etat français dans les métiers de la santé non médicaux : le cursus de formation et d'exercice professionnel seront étudiés et suivis d'un entretien
- Les étudiants dans un cursus universitaire dans les filières de la santé ou les diplômés de l'université dans les domaines autres que la santé (Biologie, Science humaines, Anglais...). Seules les UE contributives sont concernées par la possibilité de dispense. Il est précisé que ces enseignements universels dits également « contributifs » coordonnés par l'université, sont dispensés au regard des besoins de l'apprentissage de la profession infirmière. La comptabilité des acquis sera examinée avec soin avant de délivrer la dispense correspondante.

Les documents de demande doivent être transmis impérativement à l'Institut pour le **21 Août 2024 dernier délai. Tout dossier incomplet ou parvenu hors délais ne sera pas étudié et aucune dispense ne pourra être accordée.**

Les demandes, après étude par la Direction de l'IFSI, seront soumises à la décision, conformément à la réglementation, de la Section compétente pour le traitement pédagogique des situations individuelles des étudiants de l'IFSI du CH de BRIVE. La décision de la section sera signifiée par courrier.



Dossier d'inscription administrative

ADMISSION

Institut de Formation en Soins Infirmiers du
Centre Hospitalier de BRIVE-LA-GAILLARDE

Demande de dispense d'Unités d'Enseignement - Diplômé infirmier hors Union Européenne

Je soussigné(e) (Nom et Prénom de l'étudiant(e))

.....

Inscrit(e) à l'IFSI du CH de Brive, sollicite la possibilité de valider une partie de la formation infirmière française

Ma demande se justifie par la possession du diplôme suivant :

.....

.....

.....

Pour permettre l'examen de ma demande, je transmets avec le présent formulaire les documents suivants :

1. La copie d'une pièce d'identité
2. Le diplôme original détenu (photocopie certifiée conforme et traduite par un traducteur officiel si non rédigé en langue française, l'original sera à présenter à la direction si dispense accordée) ;
3. Un curriculum vitae ;
4. Une lettre de motivation
5. Une attestation de niveau de langue B2 française pour les candidats étrangers ;
6. Le détail de la formation suivie et les résultats obtenus dans chaque domaine ou UE.

Date et signature du demandeur



Dossier d'inscription administrative

ADMISSION

Institut de Formation en Soins Infirmiers du
Centre Hospitalier de BRIVE-LA-GAILLARDE

Demande de dispense d'Unité d'Enseignement - Diplômé aide-soignant et auxiliaire de puériculture

Je soussigné(e) (Nom et Prénom de l'étudiant(e))

.....

Inscrit(e) à l'IFSI du CH de Brive, sollicite la possibilité de valider les unités d'enseignement en lien avec mon diplôme.

- ☐ UE 2.10.S1 Infectiologie hygiène **2 ECTS**
- ☐ UE 4.1.S1 Soins de confort et de bien-être **2 ECTS**
- ☐ UE 5.1.S1 Accompagnement dans la réalisation des soins quotidiens (unité d'intégration des savoirs) **2 ECTS**

Ma demande se justifie par la possession du diplôme suivant :

Pour permettre l'examen de ma demande, je transmets avec le présent formulaire les documents suivants :

1. La copie d'une pièce d'identité ;
2. La photocopie du diplôme original détenu (l'original sera à présenter à la direction si dispense accordée) ;
3. Un curriculum vitae ;
4. Une lettre de motivation.

Date et signature du demandeur



Dossier d'inscription administrative

ADMISSION

Institut de Formation en Soins Infirmiers du
Centre Hospitalier de BRIVE-LA-GAILLARDE

Diplômés ou étudiants dans les métiers de la santé

Je soussigné(e) (Nom et Prénom de l'étudiant(e))

.....

Inscrit(e) à l'IFSI du CH de Brive, sollicite la possibilité de valider la ou les unité(s) d'enseignement suivante(s) :

.....

.....

.....

.....

Ma demande se justifie par la possession du diplôme suivant ou du cursus de formation suivi :

.....

.....

.....

.....

Pour permettre l'examen de ma demande, je transmets avec le présent formulaire les documents suivants :

1. La copie d'une pièce d'identité ;
2. La photocopie du diplôme original détenu (l'original sera à présenter à la direction si dispense accordée) ou le justificatif du niveau de formation atteint ;
3. Un curriculum vitae ;
4. Une lettre de motivation ;
5. Le contenu et les résultats de la formation suivi pour les non diplômés.

Date et signature du demandeur



Dossier d'inscription administrative

ADMISSION

Institut de Formation en Soins Infirmiers du
Centre Hospitalier de BRIVE-LA-GAILLARDE

Demande de dispense d'Unité d'Enseignement contributive en formation infirmière

Je soussigné (Nom et Prénom de l'étudiant(e)) :

Inscrit(e) en IFSI, sollicite la possibilité de valider la ou les Unité(s) d'Enseignement suivante(s) :

- ☐ UE 1.1 S1 : Psychologie, sociologie, anthropologie
- ☐ UE 1.1 S2 : Psychologie, sociologie, anthropologie
- ☐ UE 1.2 S2 : Santé publique et économie de la santé
- ☐ UE 1.2 S3 : Santé publique et économie de la santé
- ☐ UE 1.3 S1 : Législation, éthique, déontologie
- ☐ UE 1.3 S4 : Législation, éthique, déontologie
- ☐ UE 2.1 S1 : Biologie fondamentale
- ☐ UE 2.2 S1 : Cycles de la vie et grandes fonctions
- ☐ UE 2.3 S2 : Santé, maladie, handicap, accidents de la vie
- ☐ UE 2.4 S1 : Processus traumatiques
- ☐ UE 2.5 S3 : Processus inflammatoires et infectieux
- ☐ UE 2.6 S2 : Processus psychopathologiques
- ☐ UE 2.7 S4 : Défaillances organiques et processus dégénératif
- ☐ UE 2.8 S3 : Processus obstructifs
- ☐ UE 2.9 S5 : Processus tumoraux
- ☐ UE 2.10 S1 : Infectiologie et hygiène
- ☐ UE 2.11 S1 : Pharmacologie et thérapeutiques
- ☐ UE 2.11 S3 : Pharmacologie et thérapeutiques
- ☐ UE 2.11 S5 : Pharmacologie et thérapeutiques
- ☐ UE 6.1 : Méthodes de travail
- ☐ UE 6.2 : Anglais

Ma demande se justifie par la possession du ou des diplôme(s) universitaire(s) :

.....
.....

Pour permettre l'examen de ma demande, je transmets les documents suivants :

1. Le présent formulaire de demande ;
2. La copie d'une pièce d'identité ;
3. La photocopie du ou des diplôme(s) originaux détenu(s) (original à présenter si accord) ;
4. Le cas échéant, une attestation de validation d'ECTS de moins de 3 ans ;
5. Un curriculum vitae ;
6. Le détail des formations suivies.

Date et signature du demandeur

Dossier d'inscription administrative

ADMISSION

Institut de Formation en Soins Infirmiers du
Centre Hospitalier de BRIVE-LA-GAILLARDE

12. AUTORISATION d'enregistrement et de diffusion de la voix/image

INSTITUTS DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS et AIDE-SOIGNANTE

Pôle de Formation en Santé

22 rue Jules Valles

19100 Brive la Gaillarde

Tél : 05.55.92.79.55 / ifsi@ch-brive.fr

AUTORISATION D'ENREGISTREMENT ET DE DIFFUSION DE LA VOIX/IMAGE

Formation : ☐ infirmière ☐ aide-soignante

Je soussigné(e), (Nom, Prénom, adresse)

.....

.....

.....

☐ autorise ☐ N'autorise pas (cochez votre choix)

les Instituts de Formation, à titre gratuit, à photographier, enregistrer, filmer, publier, exposer et/ou diffuser la (les) photographie(s) ou les films me représentant pour les usages suivants :

- ✓ Présentation d'une activité pédagogique intra ou extra institut
- ✓ Administratif (Trombinoscope, logiciel métier...)
- ✓ Film sur un sujet expressément désigné à caractère pédagogique
- ✓ Exposition de photographies dans le cadre d'activités pédagogiques
- ✓ Publication sur le site internet de l'institut ou du CH
- ✓ Publication à caractère professionnel (livres, revues, réseaux sociaux...)

Cette utilisation concerne la durée de la scolarité.

Je m'engage à ne pas tenir responsable les instituts de formation ainsi que ses représentants pour ce qui relève de la possibilité d'un changement de cadrage, de couleur et de densité qui pourrait survenir lors de la reproduction.

Je déclare avoir 18 ans ou plus et être compétent (e) à signer ce formulaire en mon propre nom. J'ai lu et compris toutes les implications de cette autorisation.

Fait à : le

Signature de l'apprenant

Dossier d'inscription administrative

ADMISSION

Institut de Formation en Soins Infirmiers du
Centre Hospitalier de BRIVE-LA-GAILLARDE

13. AUTORISATION POUR LES MINEURS

INSTITUTS DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS et AIDE-SOIGNANTE

Pôle de Formation en Santé

22 rue Jules Valles

19100 Brive la Gaillarde

Tél : 05.55.92.79.55 / ifsi@ch-brive.fr

AUTORISATION D'ENREGISTREMENT ET DE DIFFUSION DE LA VOIX/IMAGE d'un apprenant mineur

Vu le code civil (article 9) la Déclaration universelle des droits de l'homme (article 12), la Convention européenne des droits de l'homme (article 8) et la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne (article 7)

Vu le règlement général européen N°2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation des données (RGPD) et à la loi n°78-17 du 16 janvier 1978 modifiée le 29 juin 2018 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

La présente demande est destinée à recueillir le consentement et les autorisations nécessaires dans le cadre de l'enregistrement, la captation, l'exploitation et l'utilisation de l'image des apprenants mineurs (photographie, voix) quel que soit le procédé envisagé.

Formation : ☐ infirmière ☐ aide-soignante

1. Finalités envisagées

- Présentation d'une activité pédagogique intra ou extra institut
- Administratif (Trombinoscope, logiciel métier...)
- Film sur un sujet expressément désigné à un caractère pédagogique
- Exposition de photographies dans le cadre d'activités pédagogiques
- Publication sur le site internet de l'institut ou du CH
- Publication à caractère professionnel (livres, revues, réseaux sociaux...)

Dossier d'inscription administrative

ADMISSION

Institut de Formation en Soins Infirmiers du
Centre Hospitalier de BRIVE-LA-GAILLARDE

2. Modes d'exploitation

Autorisation *	Support	Conservation	Étendue de la diffusion
☐ Oui ☐ Non	Gestion Administrative Logiciel métier BL	1 année formation	Personnels administratif, équipe pédagogique
☐ Oui ☐ Non	Trombinoscope	1 année formation	Personnel administratif, équipe pédagogique et apprenants de l'institut.
☐ Oui ☐ Non	Pour un usage collectif dans sa promotion	1 année formation	Personnel administratif, équipe pédagogique et vie scolaire, élèves de l'établissement
☐ Oui ☐ Non	En ligne	1 année formation	Site avec accès réservé (ENT, plateforme, ex ou intranet..) Précisez le(s) site(s) :.....
☐ Oui ☐ Non	En ligne	1 année formation	Internet (monde entier)
☐ Oui ☐ Non	Support de stockage amovible	1 année formation	Précisez les destinataires du support :
☐ Oui ☐ Non	Projection collective	1 année formation	☐ Usage collectif dans les promotions des Apprenants enregistrés ☐ Autres usages institutionnels à vocation éducative, de formation ou de recherche ☐ Usages de communication externe de l'institution
☐ Oui ☐ Non	Autre	1 année formation	Précisez les destinataires :



Dossier d'inscription administrative

ADMISSION

Institut de Formation en Soins Infirmiers du
Centre Hospitalier de BRIVE-LA-GAILLARDE

3. Consentement de l'apprenant

- ☐ On m'a expliqué et j'ai compris à quoi servait ce projet.
- ☐ On m'a expliqué et j'ai expliqué qui pourrait voir cet enregistrement.

Et je suis d'accord pour que l'on enregistre, pour ce projet ☐ mon image ☐ ma voix.

Nom prénom de l'apprenant :

Signature :

4. Autorisation parentale

Je (Nous) soussigné(e)(s) :

Demeurant à :

Et (nom prénom).....

Agissant en qualité de représentant(s) légal(aux) de : (nom - prénom de l'apprenant).....

Je reconnais être entièrement investi de mes droits civils à son égard. Je reconnais expressément que le mineur que je représente n'est lié par aucun contrat exclusif pour l'utilisation de son image et/ou de sa voix, voire de son nom et

- ☐ Autorise(ons) la captation de l'image / de la voix de l'enfant et l'utilisation qui en sera faite par son institut de formation
- ☐ N'autorise(ons) pas la captation de l'image / de la voix de l'enfant.

Merci d'écrire lisiblement le mot « REFUS » :

Fait à

Le

Signature (s) :



Dossier d'inscription administrative

ADMISSION

Institut de Formation en Soins Infirmiers du
Centre Hospitalier de BRIVE-LA-GAILLARDE

14. INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

A partir de la rentrée, le secrétariat des instituts sera en mesure de vous remettre :

- Des certificats de scolarité ;
- La carte CPE du CH de BRIVE
- La carte « étudiante » ; éditée par l'Université de Limoges. Elle vous permettra de prouver votre inscription et votre statut d'étudiant(e), et d'avoir accès aux services de l'Université.

Les informations générales concernant la formation et la programmation vous seront communiquées dès la pré-rentrée et le premier jour de la rentrée.